

Mise en garde :

Ceci est un travail d'étudiant. Tout ce qui a été écrit n'a pas nécessairement été vérifié et validé. Cependant, il nous apparaît intéressant de le rendre disponible pour réflexion et approfondissement d'un sujet.

Université de Montréal

Les ressources d'hébergement en santé mentale :
analyse des enjeux et propositions d'actions pour les ergothérapeutes

par
Edith Fitzgerald

Département d'ergothérapie, École de réadaptation
Faculté de médecine

Travail présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade :
Maîtrise Professionnelle en ergothérapie

décembre, 2009

©Edith Fitzgerald, 2009

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Les ressources d'hébergement en santé mentale :
analyse des enjeux et propositions d'actions pour les ergothérapeutes

présenté par :
Edith Fitzgerald

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Catherine Briand
Directrice du travail dirigé

Caroline Morin
Évaluatrice externe

Résumé

Depuis le mouvement de désinstitutionnalisation, de plus en plus de personnes utilisatrices des services en santé mentale sont dirigées vers les ressources d'hébergement. Toutefois, ces ressources qui, à l'origine, étaient de type transitoire, tendent vers le logement permanent. Ce présent travail a donc pour but d'analyser les différents enjeux entourant les ressources d'hébergement en santé mentale, afin de proposer des actions concrètes pouvant être réalisées par les différents acteurs impliqués. À partir d'une revue de la littérature, les attentes et les besoins des utilisateurs de services sont relatés et l'éventail des services et des ressources d'hébergement disponibles au Québec est décrit. Par la suite, c'est à partir de l'explication des différents enjeux présents dans le contexte actuel de santé en lien avec les ressources d'hébergement qu'il est possible de proposer des actions centrées sur le rétablissement. Les résultats obtenus afin de répondre au défi de la vision commune et à celui du manque de ressources sont les suivants : encourager l'élaboration et l'implantation d'un cadre de référence s'appuyant sur les besoins des usagers et favoriser la responsabilisation des résidents. Il est donc primordial de favoriser le pouvoir d'agir et la participation citoyenne des utilisateurs de services. Enfin, pour réaliser ces propositions d'actions, par son expertise de l'occupation, son rôle d'agent de changement et son approche centrée sur le client, l'ergothérapeute est un professionnel clé.

Mots-clés assignés au titre : ressources d'hébergement, santé mentale, ergothérapeute

Autres mots clés : rétablissement, hébergement, logement, ressources résidentielles, ergothérapie, réadaptation

Table des matières

LISTE DES TABLEAUX	iii
LISTE DES FIGURES	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS	v
INTRODUCTION	1
1. Les attentes des usagers	7
1.1. La possibilité de faire des choix	8
1.2. Des services adaptés à leurs besoins	9
1.3. Un environnement normalisant	10
1.4. L'accessibilité des services de la communauté	10
2. La description des ressources d'hébergement au Québec	11
2.1. Les approches d'hébergement	12
2.1.1. <i>Custodial Housing</i>	13
2.1.2. <i>Supportive Housing</i>	13
2.1.3. <i>Supported Housing</i>	14
2.2. Les types de ressources d'hébergements et de logements	15
2.2.1. Logements à but lucratif	15
2.2.2. Logements sociaux publics	15
2.2.3. Organismes communautaires d'hébergement	16
2.2.4. Ressources résidentielles publiques	16
2.3. Les niveaux de services des RNI	23
2.3.1. Niveau I - Hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif	23
2.3.2. Niveau II - Hébergement à durée illimitée avec soutien léger ou modéré	23
2.3.3. Niveau III - Logements avec soutien continu et appartements supervisés	24
3. Les différents enjeux au niveau de l'hébergement	26
3.1. Le manque de ressources d'hébergement et de ressources communautaires	27

3.2. La pénurie et l'augmentation des responsabilités des intervenants	29
3.3. La difficulté d'établir un partenariat entre les niveaux de services	30
3.4. Le peu d'implication des parties prenantes	31
3.5. La stigmatisation et les préjugés	33
3.6. Le défi de la vision commune orientée vers le rétablissement	33
4. Le rétablissement et l'ergothérapie face aux ressources d'hébergement	36
4.1. Répondre au défi de la vision commune et du rétablissement	36
Initiative locale en hébergement : Les besoins des usagers...une priorité !	40
4.2. Répondre au défi du manque de ressource et du rétablissement.....	43
Initiative locale : Contribution des utilisatrices de services au rétablissement en hébergement	47
4.3. La contribution des ergothérapeutes	49
4.3.1. Faciliter le pouvoir d'agir	49
4.3.2. Favoriser la participation citoyenne	51
CONCLUSION	53
GLOSSAIRE	55
RÉFÉRENCES	58

Liste des tableaux

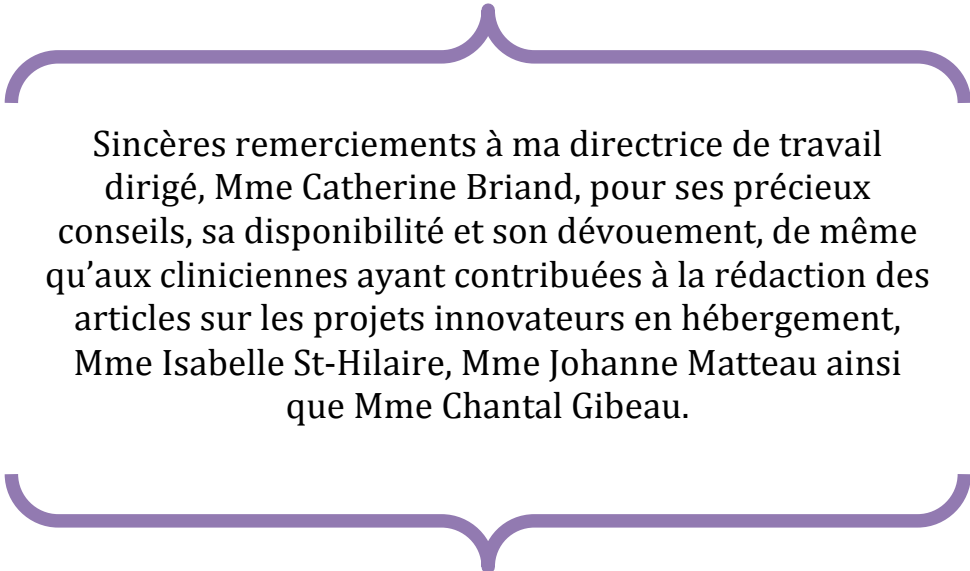
<u>Tableau 1: Les trois approches d'hébergement</u>	11
<u>Tableau 2: Les types de ressources non-institutionnelles au Québec</u>	21

Liste des figures

<u>Figure 1: Logements offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale</u>	16
<u>Figure 2: Les ressources résidentielles publiques ou RNI</u>	18
<u>Figure 3: Niveaux de services dans les ressources résidentielles</u>	24

Liste des abréviations

ACSM	Association canadienne pour la santé mentale
AQRP	Association québécoise de la réadaptation psychosociale
ASSS	Agence de santé et de services sociaux
ASSSM	Agence de santé et de services sociaux de Montréal
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSSL	Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière
HLM	Habitations à loyers modiques
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OMH	Office municipal d'habitation
OMS	Organisation mondiale de la santé
OSBL	Organisations sans but lucratif
RAPSIM	Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal
RE	Ressources résidentielles à assistance accrue
RI	Ressources intermédiaires
RIS	Ressource d'intégration sociale
RNI	Ressources non-institutionnelles
RTF	Ressources de type familial
SCHL	Société canadienne d'hypothèque et de logement
SHQ	Société d'habitations du Québec



Sincères remerciements à ma directrice de travail dirigé, Mme Catherine Briand, pour ses précieux conseils, sa disponibilité et son dévouement, de même qu'aux cliniciennes ayant contribué à la rédaction des articles sur les projets innovateurs en hébergement, Mme Isabelle St-Hilaire, Mme Johanne Matteau ainsi que Mme Chantal Gibeau.

Introduction

Depuis les années 1980, la vague de désinstitutionnalisation en santé mentale déferle sur les hôpitaux du Québec. Par « l'abandon du recours à l'hospitalisation traditionnelle dans tous les cas possibles et par l'utilisation de services communautaires » (MSSS, 2005), ce mouvement vise à intégrer les personnes souffrant de problèmes de santé mentale dans la communauté (principalement celles ayant des troubles mentaux graves, mais peut aussi concerner les personnes ayant des troubles mentaux communs). Pour atteindre cet objectif, de nouvelles ressources d'hébergement ont été progressivement mises sur pied. Certaines de ces ressources sont intégrées dans le système public de santé tandis que d'autres se définissent comme des organismes communautaires, des logements sociaux ou des logements à but lucratif.

Le logement, considéré comme un déterminant social majeur de la santé (Fuller-Thomson, Hulchanski, & Hwang, 2000), doit offrir sécurité, stabilité¹ et soutien. Les ressources d'hébergement ont donc comme mission de favoriser le bien-être et la satisfaction des résidents. Pour ce faire, celles-ci doivent encourager le développement des habiletés fonctionnelles et relationnelles ainsi que le maintien ou l'augmentation de l'autonomie² des individus. Cependant, l'hébergement, qui ne devait constituer à l'origine qu'une étape transitoire dans un processus complet de réadaptation³ et de rétablissement, tend maintenant davantage vers le logement permanent.

Étant un expert en matière de rendement et de participation occupationnelle, l'ergothérapeute est un professionnel de la santé qui a toutes les compétences requises pour contribuer au processus du rétablissement dans les ressources d'hébergement. Cependant, la pénurie d'ergothérapeutes et de plusieurs autres professionnels de la santé actuellement identifiée au Québec les amène à réfléchir sur de nouvelles façons d'apporter leur contribution.

La tendance vers le logement permanent combinée à la pénurie des professionnels de la santé fait émerger un questionnement incontournable : les principes du rétablissement sont-ils intégrés aux structures d'hébergement pour les personnes souffrant de problèmes de santé et quelles actions les professionnels de la santé peuvent envisager afin de favoriser la poursuite du rétablissement dans les ressources d'hébergement ?

De manière à s'assurer d'une compréhension optimale de la notion complexe de rétablissement, en voici une courte définition. Le rétablissement est un concept multidimensionnel qui va au-delà de la résorption des symptômes. Il s'agit plutôt d'un processus interne vécu par les personnes atteintes d'un trouble mental. Ce processus est différent pour chaque individu et a comme but ultime de redonner un sens à sa vie, malgré la présence d'incapacité. Le support et le soutien offert, les traitements et la réadaptation sont présents pour favoriser le rétablissement (Anthony, 1993 ; Deegan, 1996 ; Vallée, 2007). Le Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010 considère le rétablissement comme un des principes directeurs, où il est défini par « la capacité des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de participer activement à la vie en société » (MSSS, 2005).

Pour répondre de façon éclairée au questionnement mentionné précédemment, plusieurs aspects doivent être explorés. Le travail qui suit est donc divisé en 4 sections distinctes. Tout d'abord, 1) les attentes en lien avec le logement des différentes personnes concernées doivent être mentionnées. Par la suite, 2) les différents types d'hébergement offerts au Québec doivent être décrits et situés dans le continuum de services. À la lumière des attentes et des services d'hébergement offerts, 3) les enjeux relatifs à l'hébergement en santé mentale au Québec devront ensuite être soulevés. Enfin, grâce à ces informations recueillies, 4) la réflexion portant sur le rétablissement et le rôle de l'ergothérapie en hébergement, accompagnée d'exemples concrets de projets innovateurs au Québec, pourra être effectuée afin de suggérer des pistes d'action pertinentes.

Voici donc une description plus détaillée de ces quatre sections de même que la méthodologie utilisée pour la rédaction de chacune d'entre elle.

➤ Section 1 : Les attentes des usagers

Dans cette première section, les attentes et les besoins des usagers seront soulevés. Pour ce faire, une recension des écrits a été effectuée dans les bases de données Medline (1996-2009), Eric (1965-2009) et Embase (1996 à 2009) en utilisant les mots-clés *occupational therapy, supported housing, mental health* et *group homes*. La lecture des résumés des articles obtenus par cette recherche a permis de sélectionner des publications qui s'attardaient davantage aux ressources d'hébergement pour la clientèle cible. Des articles de la revue *Le partenaire* ont aussi été choisis. Par la suite, d'autres articles et publications ont été sélectionnés à partir du moteur de recherche *Google scholar* en utilisant les mots-clés suivants: réadaptation, ergothérapie, hébergement, ressources résidentielles, ressources intermédiaires, appartement supervisé, résidence de groupe et santé mentale. Enfin, par la consultation des références annexées aux articles obtenus par ces recherches, d'autres écrits ont été sélectionnés. La lecture des articles recueillis avec cette méthodologie a permis d'éliminer certains articles recueillis, principalement par manque de pertinence avec le sujet de ce travail dirigé la pertinence. Bref, un nombre de 14 articles ont été utilisés pour la rédaction de cette première section (Boydell et al., 1997; Curtis, 1993; Linney, Arns, Chinman, & Frank, 1995; Livingston, Srebnik, King, & Gordon, 1992; Massey & Wu, 1993; Morin, Robert, & Dorvil, 2001; Nelson, Sylvestre, Aubry, George, & Trainor, 2007; Rog, 2004; Rogers, Danley, Anthony, Martin, & Walsh, 1994; Srebnik, Livingston, Gordon, & King, 1995; Sylvestre et al., 2001; Tanzman, 1993; Wong, Filoromo, & Tennille, 2007; Yeich, Mowbray, Bybee, & Cohen, 1994). Bien que ce travail porte essentiellement sur les ressources d'hébergement au Québec, plusieurs articles provenant de l'extérieur ont été retenus en raison des attentes similaires soulevées, c'est-à-dire le texte de Curtis, de Morin, Robert & Dorvil ainsi que celui de Sylvestre et ses collaborateurs.

➤ Section 2 : La description des ressources d'hébergement au Québec

Cette section permet d'informer les ergothérapeutes et les autres professionnels de la santé sur les différentes options d'hébergement à envisager. De plus, le type de soutien offert, les critères d'accès aux ressources ainsi que la gestion de celles-ci sont détaillés. Ces informations sont recueillies à partir des documents ministériels et gouvernementaux suivants : Cadre de référence des ressources intermédiaires (MSSS, 2001), La pratique professionnelle et la ressource de type familial (MSSS, 2003), La transformation des services en santé mentale; Les services résidentiels (ASSS, 2009) et le Plan d'Action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens (MSSS, 2005). Dans la revue *Santé Mentale au Québec*, en incluant les publications entre 1989 et 2009 portant sur les ressources d'hébergement, huit articles ont aussi été retenus (Fleury & Ouadahi, 2002; Leduc, 1989; Lesage & Morissette, 1989; Mercier, 1986, 1989; Piat, 2004; Piat, Ricard, Lesage, & Trottier, 2005; Thibodeau-Gervais, Latulippe, & Vincent, 1994; White & Mercier). Toutefois, 4 de ces documents n'ont pas été utilisés (Leduc, 1989; Lesage & Morissette, 1989; Thibodeau-Gervais, Latulippe, & Vincent, 1994; White & Mercier, 1989) car, en les comparant avec la littérature plus récente, il est possible de remarquer que leur contenu n'est plus à jour. Par la suite, tout comme mentionné dans la méthodologie de la section précédente, des documents et des articles ont été recueillis à partir de la liste des références des résultats de ces recherches. En résumé, 10 écrits ont contribué à la rédaction de cette section (ASSS, 2009; Clément, Bolduc, & Bizier, 2009; Côté, 2001; Morin, Robert, & Dorvil, 2001; MSSS, 2001, 2003; MSSS & SHQ, 2007; Parkinson, Nelson, & Horgan, 1999; Piat, Ricard, & Lesage, 2006; RAPSIM, 2008).

➤ Section 3 : Les différents enjeux au niveau de l'hébergement

Par la suite, à la lumière des attentes des usagers et des ressources d'hébergement offertes, les différents enjeux sont soulevés. L'explication des principaux enjeux a comme objectif d'obtenir un meilleur portrait de la situation actuelle dans les ressources d'hébergement. Les informations contenues dans cette section ont été obtenues par l'utilisation de la même méthodologie que celle mentionnée pour la Section I. Les principaux enjeux sont regroupés en six sections et portent sur : 1-le manque de

ressources d'hébergement et de ressources communautaires, 2-la pénurie et l'augmentation des responsabilités des intervenants, 3-la difficulté d'établir un partenariat entre les niveaux de services, 4-le peu d'implication des parties prenantes, 5-la stigmatisation et les préjugés ainsi que sur 6-le défi de la vision commune orientée vers le rétablissement. Le choix de ces 6 principaux enjeux a été effectué à partir de la lecture de ces 25 écrits portant sur les ressources d'hébergement : (ASSS, 2009; Briand, Lecomte, Vasiliadis, & Racine, 2009; Côté, 2001; Cyr, Hodgins, Gaston, & Viens, 1990; Dincin, 1993; Eikelmann B., 2000; Fakhoury & Priebe, 2002; Fleury & Ouadahi, 2002; Fournier & *al.*, 1999; Freese, 1993; Friedrich, Hollingsworth, Hradek, Friedrich, & Culp, 1999; Hatfield, 1993; Isaac, 2007; Mercier, 1989; Mogilnik, 1993; MSSS, 2005; Piat, 2004; Piat, Ricard, & Lesage, 2006; Piat, Ricard, Lesage, & Trottier, 2005; Poirier et al., 2001; Rabkin, Muhlin, & Cohen, 1984; RAPSIM, 2008; Rodriguez, Bourgeois, Landry, Guay, & Pinard, 2006).

➤ Section 4 : Le rétablissement et l'ergothérapie face aux ressources d'hébergement au Québec

Cette dernière section est une discussion permettant d'expliquer comment l'organisation des services et l'orientation des ressources d'hébergement peuvent contribuer davantage au processus de rétablissement des résidents. Des suggestions en lien avec le rétablissement sont donc apportées afin de répondre au défi de la vision commune ainsi qu'à celui du manque de ressources. Elles sont appuyées par deux articles décrivant des projets innovateurs en lien avec les ressources d'hébergement (rédigés pour le présent travail dirigé mais également, publiés sur dans le bulletin Web de l'AQRP) (Fitzgerald & Briand, 2009a, 2009b). L'explication de ces initiatives a pour but de donner des exemples concrets et réalistes de projets pouvant être mis en place par les professionnels de la santé. De plus, ces idées pourront inspirer les ergothérapeutes concernant les actions qu'ils peuvent poser au sein du système de santé pour contribuer au rétablissement des résidents. Des partenaires terrains concernés par ces projets ont été consultés afin d'assurer l'exactitude des informations recueillies et de les compléter au besoin. Finalement, une brève description des compétences et des rôles de l'ergothérapeute en santé mentale en lien avec les ressources d'hébergement est

effectuée, afin de mieux comprendre en quoi ces professionnels peuvent faciliter le pouvoir d’agir des usagers et favoriser leur participation citoyenne. Parmi les documents utilisés pour cette section, voici ceux qui n’ont pas déjà été relatés dans les sections précédentes : (ACE, 1993; OEQ, 2008; Pairs-Aidants Réseau, 2008).

1. Les attentes des usagers

Pour débiter, il est primordial de soulever les attentes et les besoins des utilisateurs de services en ce qui concernent les ressources résidentielles. Plusieurs études ont d'ailleurs démontrées la capacité des personnes souffrantes de problèmes mentaux de préciser clairement leurs besoins et leurs attentes quant à leur logement et au soutien qui y est offert, dont celle de Tanzman (1993). De plus, pour intégrer les principes de rétablissement dans l'hébergement, les demandes et les besoins des usagers doivent être pris en considération. En effet, le rétablissement est directement liée à la notion d'*empowerment*, définie comme étant le « processus qui amène une personne à retrouver sa capacité et sa volonté d'agir efficacement » (Freese, 1993). De surcroît, le rétablissement réfère aussi à l'aspect d'intégration dans la communauté du résident. Pour assurer cette participation à la vie en société, l'utilisateur doit pouvoir compter sur le support nécessaire pour l'accompagner dans ses démarches. De plus, la communauté doit être ouverte à cette réinsertion sociale et des ressources doivent être disponibles afin de faciliter l'intégration. Dans les études qui ont été consultées pour cette première section, les méthodologies utilisées sont principalement des entrevues individuelles, des entrevues téléphoniques et des discussions de groupes s'adressant aux personnes ayant des troubles de santé mentale. Certaines études s'intéressent aux individus résidant dans un type de ressource en particulier, tandis que d'autres interpellent l'ensemble des ressources. Des études ont utilisé des outils de mesure permettant de structurer la cueillette d'information, tel que le Consumer Housing Preference Survey Instrument (Nelson, Hall, & Forchuk, 2003), tandis que d'autres n'ont pas opté pour l'utilisation d'un outil. Les principales demandes des usagers mises en relief dans les diverses études sont regroupées sous les quatre thèmes suivants : la possibilité de faire des choix, des services⁴ adaptés à leurs besoins, un environnement normalisant, ainsi que l'accessibilité des services de la communauté.

1.1. La possibilité de faire des choix

En ce qui concerne les attentes des usagers, la possibilité de pouvoir faire des choix est une composante qui est mise en relief dans plusieurs études et qui semble être très significative pour ceux-ci (Boydell et al., 1997; Curtis, 1993; Morin, Robert, & Dorvil, 2001; Rog, 2004; Srebnik, Livingston, Gordon, & King, 1995; Tanzman, 1993). Ce paramètre de choix est directement lié au sentiment de contrôle du résident et donc à la notion de rétablissement, car s'il peut faire des choix, il aura de l'emprise sur sa vie ainsi que sur son environnement. Il est donc possible de comprendre que cet aspect de choix est inclus dans le concept *d'empowerment*⁵ qui se définit par le processus amenant l'individu à se responsabiliser et à acquérir le pouvoir d'agir. En effet, l'utilisateur souhaite pouvoir choisir, entre autres choses, le type de support qu'il recevra, son alimentation et la décoration de son logement. Quant à son mode de vie dans la ressource d'hébergement, l'utilisateur s'attend à pouvoir choisir ses activités de loisirs, bâtir son propre emploi du temps et pouvoir se retirer dans sa chambre à tout moment. Bref, l'utilisateur veut avoir le contrôle sur ses actions. Le choix et le contrôle de son emploi du temps a une influence sur son niveau d'intimité et d'autonomie, deux autres aspects que doit procurer le logement du point de vue des usagers (Tanzman, 1993). En effet, plus l'utilisateur a la possibilité de faire des choix, plus les indices de bonheur, de satisfaction (Nelson, Sylvestre, Aubry, George, & Trainor, 2007) et de contrôle sont élevés (Srebnik, Livingston, Gordon, & King, 1995). Par ailleurs, il a été démontré que le niveau d'efficacité des interventions effectuées en hébergement de même que le niveau de satisfaction des résidents sont plus élevés lorsque l'utilisateur a la possibilité de faire des choix (Curtis, 1993). En résumé, l'habitation doit laisser place au contrôle et représenter un espace de liberté où les résidents ont la possibilité de s'exprimer. Le milieu de vie doit aussi être un endroit où leurs choix peuvent se concrétiser et où les résidents peuvent s'isoler ou se réfugier à leur guise (Morin, Robert, & Dorvil, 2001).

1.2. Des services adaptés à leurs besoins

Des demandes quant aux services offerts sont aussi mentionnées par les usagers. Ils souhaitent avoir un support individualisé, comprenant des objectifs personnalisés (Integrated Rehabilitation Unit Planning Group cité dans (Sylvestre et al., 2001)). Comme évoqué précédemment, les usagers désirent être soutenus, tout en ayant la possibilité de faire leurs propres choix et d'avoir le contrôle sur leur vie (Integrated Rehabilitation Unit Planning Group, 2000) cité dans Sylvestre et al., 2001). En ce qui concerne les services offerts, ils veulent avoir accès à un soutien en tout temps, mais sans avoir des intervenants⁶ qui logent à l'intérieur de la ressource d'hébergement, de sorte à conserver la différenciation entre le logement et le traitement (Rogers, Danley, Anthony, Martin, & Walsh, 1994; Tanzman, 1993). Les usagers s'attendent aussi à avoir de l'aide pour éviter ou résoudre des crises, apprendre à gérer leurs problèmes émotionnels et financiers, trouver un logement, se faire des amis et établir de bonnes relations interpersonnelles (Livingston, Srebnik, King, & Gordon, 1992; Tanzman, 1993; Yeich, Mowbray, Bybee, & Cohen, 1994). Une étude mentionne aussi la disponibilité des intervenants et la régularité de leurs visites, le soutien des proches, l'aide en période de crise de même que l'aide dans les activités de la vie quotidienne comme étant des facteurs importants de succès dans l'hébergement avec soutien (Curtis, 1993). Un article de Tanzman (1993) a fait une comparaison entre les résultats obtenus dans 26 études portant sur les attentes des usagers en lien avec l'hébergement et les services offerts. Trois demandes principales sont identifiées : 1-avoir des intervenants disponibles pour se déplacer à la ressource en cas de besoin, 2-pouvoir entrer en contact avec un intervenant en tout temps et. 3-avoir de l'aide pour la gestion des crises émotionnelles et relationnelles. Donc, les usagers souhaitent pouvoir obtenir de l'aide adaptée à leurs besoins et à leur situation, sans nécessairement avoir un encadrement constant, ce qui fait référence à la flexibilité et à l'individualité des services.

1.3. Un environnement normalisant

Un environnement optimal doit favoriser l'intégration sociale des résidents (Wong, Filoromo, & Tennille, 2007). L'environnement physique et humain à l'intérieur et à l'extérieur de la ressource doivent donc faciliter la participation des usagers dans la communauté. En ce sens, l'hébergement typique et normal doit être favorisé, de sorte à réduire les barrières de l'intégration dans la communauté (Sylvestre et al., 2001). De plus, la majorité des usagers préfèrent éviter la ségrégation, c'est-à-dire ne pas habiter avec d'autres individus ayant des troubles de santé mentale (Sylvestre et al., 2001; Tanzman, 1993). Enfin, pour engendrer la stabilité de logement des résidents, la qualité du logement est essentielle pour fournir la sécurité et permettre l'exploration (Sylvestre et al., 2001).

1.4. L'accessibilité des services de la communauté

La proximité des services dans la communauté a un rôle important dans l'insertion sociale et l'autonomie des résidents. En effet, si les utilisateurs de services peuvent accéder facilement aux différentes ressources communautaires, aux services courants (comme les épiceries ou les centres commerciaux) ainsi qu'aux établissements de santé, cela aura pour effet de favoriser leur indépendance et de faciliter leur intégration dans la communauté. L'emplacement du logement et la proximité des services en santé mentale sont donc aussi des facteurs importants (Massey & Wu, 1993).

Outre ces quatre besoins exprimés dans la littérature recueillie, les usagers sont aussi préoccupés par leur sécurité, leur confort et leur intimité. Enfin, une étude soulève aussi l'importance de l'indépendance et des activités sociales pour les usagers (Linney, Arns, Chinman, & Frank, 1995).

2. La description des ressources d'hébergement au Québec

Plusieurs options d'hébergement peuvent être envisagées au Québec pour la clientèle ayant des problèmes de santé mentale. Il importe donc que les usagers puissent être informés de ces différentes possibilités. En effet, pour faire un choix éclairé avec l'aide du professionnel de la santé⁷ qui l'accompagne dans ses démarches, les différents objectifs visés par les ressources, de même que les services qui y sont offerts, doivent lui être exposés. La personne peut alors s'orienter vers l'hébergement qui répond le mieux à ses besoins et ses objectifs de vie. Cependant, même si plusieurs auteurs ont écrit sur le sujet, ils utilisent des terminologies et des classifications différentes pour décrire l'éventail des ressources et des logements existant, ce qui rend la compréhension des services résidentiels plus complexe. Les différentes sections qui suivent constituent donc une intégration personnalisée de la répartition de ces ressources. De plus, à noter qu'il sera question uniquement des ressources d'hébergement offertes au Québec (cependant, pas nécessairement réparties systématiquement dans toutes les régions de la province).

Cette deuxième section du travail dirigé présentera :

- les trois approches d'hébergement (*custodial housing*, *supportive housing*, *supported housing*),
- la description des quatre types de ressources d'hébergement et de logement (les ressources résidentielles publiques, les organismes communautaires d'hébergement, les logements sociaux publics et les logements à but lucratif)
- les trois niveaux de services (hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif, hébergement à durée illimitée avec soutien léger ou modéré ainsi que logements avec soutien continu et appartements supervisés).

Il est important de comprendre que ces trois classifications sont enchevêtrées, c'est-à-dire qu'une approche d'hébergement peut regrouper plusieurs types de ressources d'hébergement, et qu'une ressource peut offrir différents niveaux de services.

2.1. Les approches d'hébergement

Il existe trois approches d'hébergement qui diffèrent par leurs objectifs, les services offerts, les rôles des intervenants, de même que par le niveau d'*empowerment* des résidents. Il s'agit du *custodial housing*, du *supportive housing* et enfin du *supported housing*. Avant d'expliquer chacune de ces approches, le tableau suivant offre un portrait global des distinctions entre celles-ci (Parkinson, Nelson, & Horgan, 1999).

Tableau I: Les trois approches d'hébergement

Dimensions	<i>Custodial</i>	<i>Supportive</i>	<i>Supported</i>
Valeurs	Soins	Réadaptation	<i>Empowerment</i> Intégration dans la communauté
Types de ressources	Maison de soin Famille d'accueil	Foyer de groupe Appartement supervisé	Coopérative Appartement
Clientèle cible	Personnes ayant des problèmes mentaux, un faible niveau d'indépendance et une longue histoire psychiatrique	Personnes ayant des problèmes mentaux et ayant une courte histoire psychiatrique	S'applique à toute la population, mais s'adresse plus particulièrement aux personnes à faible revenu
Rôle des usagers	Patient, client	Résident	Locataire, citoyen
Rôle des intervenants	Soignant	Agent de réadaptation	Facilitateur
Orientation de l'intervention	Accent sur les déficits	Accent sur les déficits et les forces	Accent sur les forces
<i>Empowerment</i> des résidents	Peu de choix Réglementation Contrôle par les intervenants	Possibilité de faire des choix Quelques règles Contrôle partagé avec les intervenants	Grand pouvoir décisionnel Peu ou pas de règles Les résidents ont les mêmes droits qu'un locataire
Intégration	Intégration à l'intérieur de la ressource	Intégration à l'intérieur et à l'extérieur	Intégration à l'extérieur
Durée de séjour	Long terme	Court ou moyen terme	Long terme

(Parkinson, Nelson, & Horgan, 1999)

2.1.1. Custodial Housing

Cette première approche s'adresse plus particulièrement aux personnes ayant des difficultés fonctionnelles prononcées en raison de leur problème de santé mentale (Parkinson, Nelson, & Horgan, 1999). En effet, leur contribution aux différentes activités de la vie quotidienne étant limitée, les services offerts sont axés davantage sur les soins de bases, tels que l'alimentation, l'hygiène et la gestion de la médication. L'emphase n'est donc pas portée sur le développement ou l'entraînement des habiletés de la personne. Dans cette approche, le résident a peu de liberté et de pouvoir décisionnel. La majorité des intervenants n'ont pas de formation dans le domaine de la santé. Les maisons de soutien ont donc pour but d'héberger à long terme ou d'une façon permanente des résidents ayant des difficultés fonctionnelles. Morin (2001) souligne que cette approche, appliquée dans les résidences d'accueil, est encore la plus répandue.

2.1.2. Supportive Housing

Cette seconde approche d'hébergement implique un continuum résidentiel dans la communauté. Elle a comme objectif le rétablissement et l'autonomie des résidents (Parkinson, Nelson, & Horgan, 1999) et a aussi pour but de fournir un environnement pouvant être un milieu d'apprentissage pour les résidents (Morin, Robert, & Dorvil, 2001). Cette approche englobe plusieurs types de ressources d'hébergement avec des objectifs spécifiques différents et un niveau de soutien gradué (foyer de groupe et appartement supervisé). Il s'agit donc de ressources destinées à un séjour à court ou moyen terme, mais où la durée est souvent indéterminée. Les intervenants impliqués ont le rôle de favoriser la réadaptation et peuvent représenter le gestionnaire de cas⁸ pour certains résidents. Ils ont la responsabilité d'offrir des activités permettant de développer les habiletés sociales, ils doivent fournir un support adapté et organiser des activités diversifiées. Pour que les résidents puissent habiter dans une ressource ayant une approche résidentielle comme celle-ci, ils doivent préalablement accepter de recevoir des services de réadaptation. Enfin, les ressources d'hébergement utilisant cette approche forment un continuum à travers lequel le résident acquiert de plus en plus de

compétences, pour finalement être le plus autonome possible (Morin, Robert, & Dorvil, 2001).

2.1.3. Supported Housing

Cette dernière approche implique les ressources d'hébergement avec support dans la communauté. Dans cette approche, les résidents ont davantage un rôle de citoyen, tandis que les intervenants sont définis comme des facilitateurs, des supporteurs. Ces derniers doivent orienter les usagers vers les ressources communautaires appropriées et les accompagner dans leurs processus décisionnels. Les usagers prennent l'ensemble des décisions les concernant, avec l'aide des intervenants s'il est requis. Responsabiliser les usagers de sorte à favoriser leur indépendance et leur intégration dans la communauté est l'objectif principal visé par cette approche.

Parmi les ressources d'hébergement présentement offertes au Québec, les trois différentes approches décrites ne s'y retrouvent pas d'une façon proportionnelle. Plus précisément, en 2001, la majorité des ressources d'hébergement utilisaient la première approche (*custodial housing*) (Morin, Robert, & Dorvil, 2001). Cette approche est fréquemment retrouvée car elle est préconisée par le type d'hébergement le plus commun au Québec (les résidences d'accueil) (Piat, Ricard, & Lesage, 2006). Mise à part les résidences d'accueil, les ressources d'hébergement au Québec utilisent l'approche résidentielle (*supportive housing*) et ainsi que l'approche avec soutien dans la communauté (*supported housing*). Les orientations ministérielles visent à transformer des places d'hébergement utilisant la première approche (*custodial housing*) et à créer des places supplémentaires pour répondre aux besoins de la clientèle dans la dernière phase du continuum de l'approche résidentielle (*supportive housing*) ainsi qu'à ceux nécessitant un soutien dans la communauté (*supported housing*) (ASSS, 2009).

2.2. Les types de ressources d'hébergements et de logements

Au-delà des approches d'hébergement, différents types de ressources d'hébergement et de logement sont envisageables. Bien entendu, ces différentes habitations ayant des missions, des coûts et des services différents, elles ne sont pas toutes concevables pour chacun des usagers à la recherche de logement. Il est toutefois important que ceux-ci puissent être informés de leur existence de manière à participer activement au choix de leur logement. Ces types d'hébergements et de logements sont rattachés à des instances différentes telles qu'un établissement public, un organisme communautaire, la Société d'habitation du Québec et d'autres. Comme il est possible de le constater dans la figure 1, il existe quatre types de logements : les logements à but lucratif, les logements sociaux publics, les organismes communautaires d'hébergement, et les ressources résidentielles publiques (Côté, 2001).

2.2.1. Logements à but lucratif

Ce type de logement est à but lucratif, aussi appelé ressource d'habitation privée, a comme objectif d'offrir un « logement permanent avec ou sans services à des personnes seules à faibles revenus » (Côté, 2001). Les résidents de ce type de logement doivent recourir aux services de santé offerts dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de leur quartier en cas de besoin.

2.2.2. Logements sociaux publics

Ce type de ressource d'hébergement a comme objectif de répondre à la demande de logement pour les personnes à faible revenu (Côté, 2001). Les logements sociaux publics regroupent les habitations à loyers modiques (HLM.), qui sont principalement gérés par l'Office municipal d'habitation (OMH). Dans ce type de logement, les résidents ont accès aux mêmes services de santé que ceux demeurant dans un logement à but lucratif, c'est-à-dire par l'entremise de leur CSSS respectif. Il est à noter qu'une faible proportion de ce type de logement est dédiée spécifiquement aux personnes ayant

des troubles mentaux (RAPSIM, 2008). Enfin, l'attente pour loger dans un HLM peut s'échelonner sur plusieurs années (RAPSIM, 2008).

2.2.3. Organismes communautaires d'hébergement

Les organismes communautaires d'hébergement, aussi appelés organismes sans but lucratif (OSBL) avec soutien communautaire (RAPSIM, 2008), offrent de l'hébergement temporaire aux personnes en situation de vulnérabilité (MSSS & SHQ, 2007). Ces organismes ont pour but principal la réinsertion sociale de ces personnes afin qu'elles évitent l'itinérance, la désorganisation et l'hospitalisation (Côté, 2001). Ils utilisent donc une approche de logement avec soutien communautaire (*supported housing*). Ces ressources sont supportées financièrement par différents organismes tels que le MSSS, le Ministère de la Sécurité publique, la Société d'habitations du Québec (SHQ) ou la Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL) (Côté, 2001). On y retrouve des logements, des studios, des appartements et des foyers de groupe. Des intervenants communautaires sont présents ou disponibles pour les résidents. Enfin, les professionnels de la santé peuvent offrir un support aux intervenants en cas de besoin. Tout comme les logements sociaux publics, très peu de ces logements sont adressés uniquement à la clientèle ciblée dans le cadre de ce travail (RAPSIM, 2008).

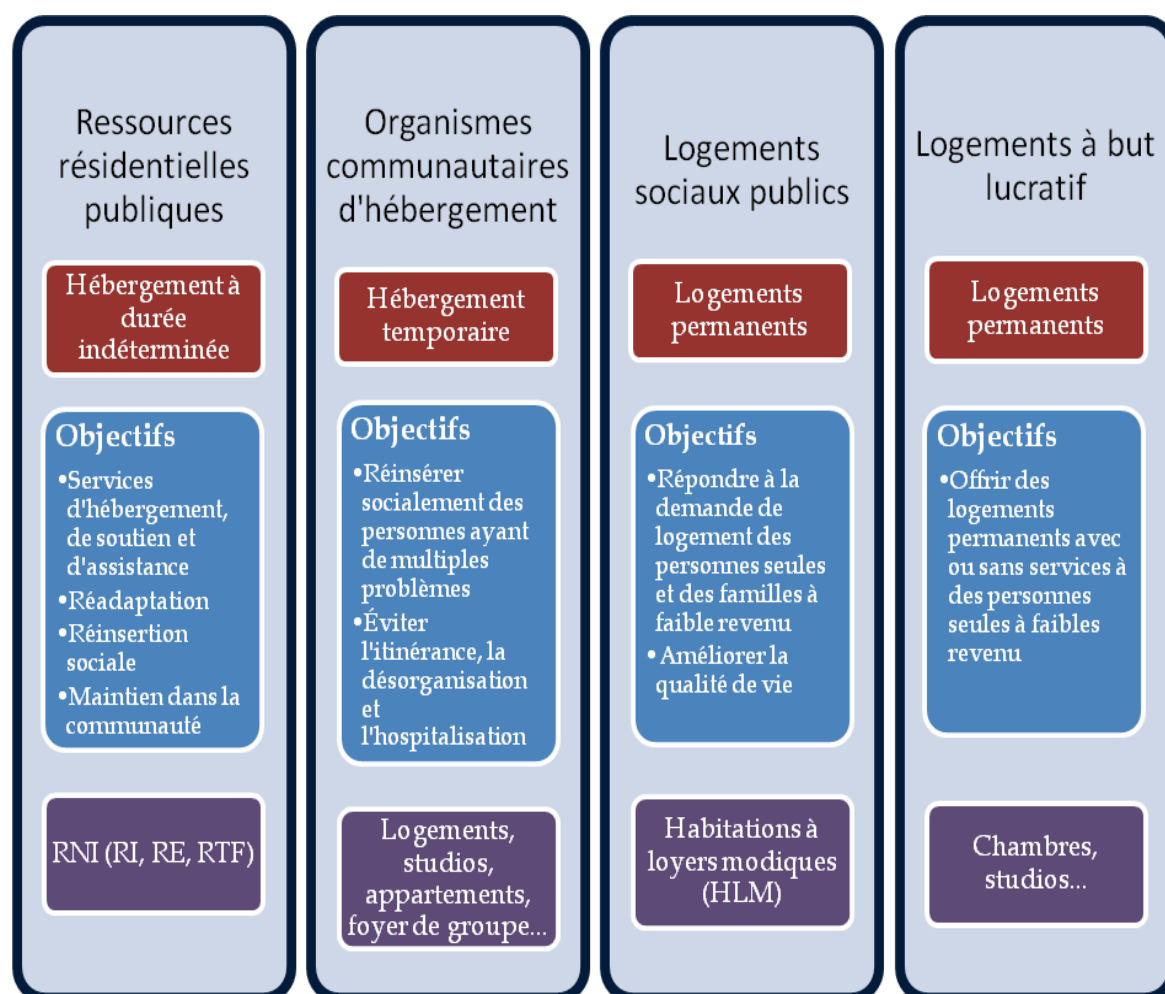
2.2.4. Ressources résidentielles publiques

Les ressources résidentielles publiques, ou ressources non-institutionnelles (RNI), sont rattachées aux établissements publics de santé. Plus précisément, les individus pouvant y résider doivent être référés par les professionnels de la santé qui les accompagnent dans leur processus de rétablissement. Ces ressources offrent un hébergement d'une durée indéterminée, où le résident est orienté vers une autre ressource lorsque les services offerts et le niveau fonctionnel des autres résidents ne favorisent plus un niveau d'autonomie optimal. Les objectifs visés sont multiples et dépendent des orientations spécifiques de chaque ressource d'hébergement. Ces ressources offrent des services d'hébergement, de soutien et d'assistance ayant pour but de favoriser la réadaptation, la réinsertion sociale et le maintien dans la communauté (RAPSIM, 2008). Ces objectifs

concordent avec ceux établis dans l'approche résidentielle (*supportive housing*) décrite précédemment.

Comme mentionné précédemment, les ressources non-institutionnelles sont décrites comme des ressources d'hébergement gérées par le système public de santé. En offrant un milieu de vie transitoire sécuritaire, les RNI ont comme objectifs communs de permettre aux résidents de s'épanouir selon leurs capacités afin de les rendre le plus autonome possible et d'éviter la ré-hospitalisation. Les utilisateurs de services y résident donc pour une durée indéterminée.

Figure 1: Logements offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale

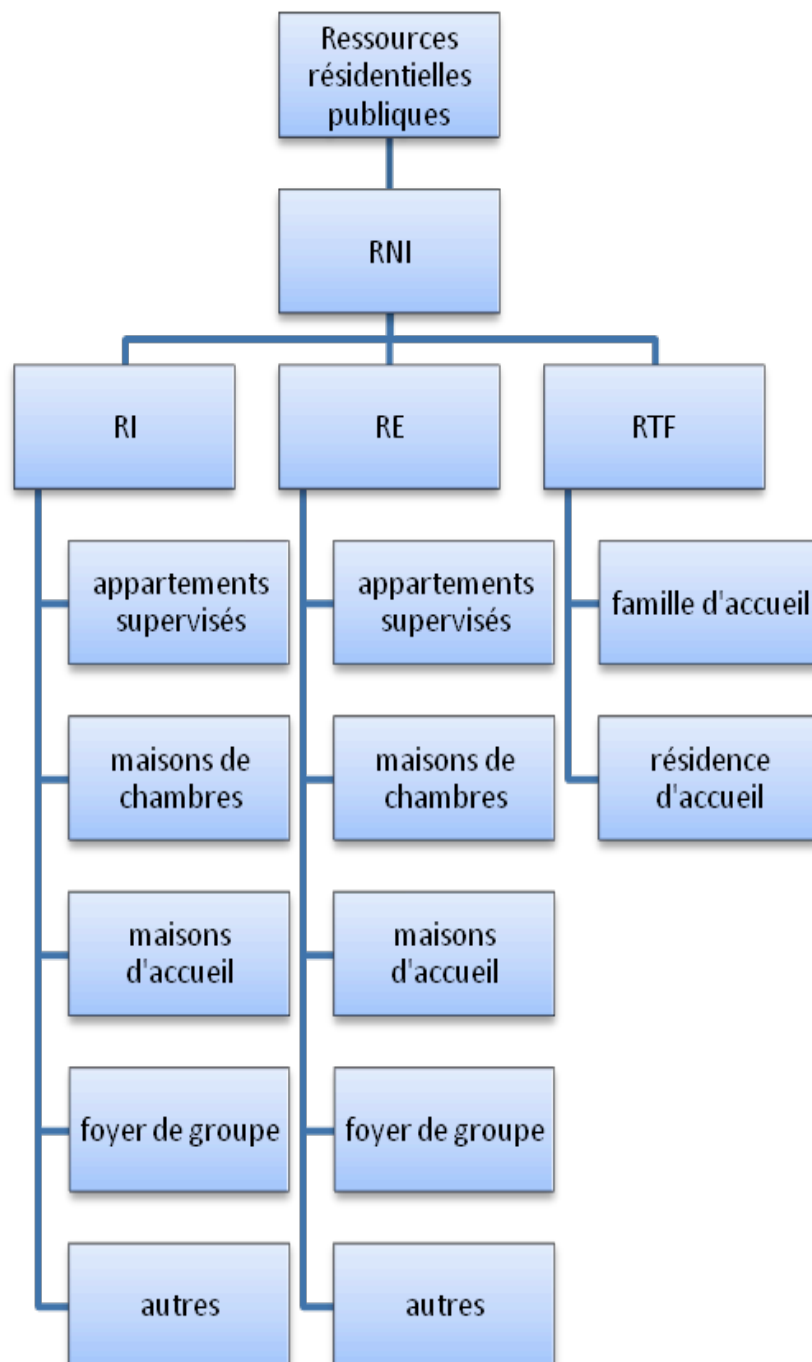


(Côté, 2001)

Les RNI constituent la majeure partie du continuum de services résidentiels car elles offrent plusieurs niveaux de services (voir section suivante) et sont chapeautées par les établissements publics. Dans la plupart des RNI, les professionnels de la santé qui interviennent auprès de l'utilisateur collaborent avec les intervenants des ressources (Groleau et al.; MSSS, 2001, 2003). En effet, le professionnel de la santé effectue fréquemment une première visite avec son client dans sa future résidence afin de rencontrer les intervenants des ressources et de familiariser le client à l'environnement. Une rencontre est aussi effectuée avec l'intervenant afin de présenter le plan d'intervention du nouveau résident, qui a été établi préalablement par le professionnel de la santé. Par ces visites, ce professionnel peut donc expliquer à la ressource la contribution attendue afin que les intervenants et l'environnement puissent favoriser l'atteinte des objectifs du client. Dans certains cas, le professionnel de la santé établit un plan d'intervention s'adressant directement à l'intervenant de la ressource. Par la suite, lorsque l'utilisateur de services s'est installé dans son nouveau logis, le professionnel de la santé effectue des visites régulières, puis à tous les mois, pour ensuite se déplacer dans la ressource qu'en cas de besoin.

Les RNI se divisent en trois différentes catégories (ASSS, 2009), soient les ressources intermédiaires (RI), les ressources résidentielles à assistance accrue (RE), parfois appelées ressources d'intégration sociale (RIS) et les ressources de type familial (RTF). Ces trois types de RNI diffèrent par l'intensité de l'encadrement offert et par la structure d'hébergement (chambre ou appartement, individuel ou en groupe). La description des services de soutien offerts dans ces trois types ainsi que leurs différentes divisions sont exposés dans les deux figures se retrouvant à la fin de cette section (Figures 2 et 3).

Figure 2: Les ressources résidentielles publiques ou RNI



2.2.4.1. Les ressources intermédiaires (RI)

Plusieurs structures d'hébergement différentes sont comprises dans le terme RI. Il s'agit des appartements supervisés, des maisons de chambres, des maisons d'accueil et des résidences de groupe (ASSS, 2009; MSSS, 2001). Les appartements supervisés sont des unités d'habitation où les résidents peuvent vivre de façon autonome, tout en étant supporté au besoin. Les résidents y habitent seul ou avec d'autres usagers. Les intervenants effectuent des visites régulières et accompagnent les résidents lorsqu'ils ont des problèmes à résoudre ou lorsqu'ils désirent être accompagnés dans leur cheminement. En ce qui a trait aux maisons de chambres, les résidents ont une chambre privée, avec ou sans pièce commune avec les autres résidents à l'intérieur de la ressource. Les maisons d'accueil, quant à elles, sont en fait des « résidences privées offrant le gîte » (ASSS, 2009). Il s'agit en quelque sorte de RTF, mais où il y a plus que 9 résidents par maison. Les responsables habitent donc la ressource et offre du support au besoin. Par la suite, la résidence de groupe, ou couramment appelée foyer de groupe, est une ressource où les résidents sont davantage encadrés. Aussi, quoi que les intervenants n'habitent pas dans la ressource, ils sont disponibles en tout temps. Enfin, il y a une catégorie autre (MSSS, 2001), qui regroupe les ressources intermédiaires différentes des quatre catégories présentées, comme les nouveaux modèles d'hébergement.

2.2.4.2. Les ressources résidentielles à assistance accrue (RE)

Ce type de ressource vise les mêmes objectifs et offrent du soutien similaire aux RI, mais le lien avec les établissements gestionnaires est différent. En effet, dans les RE, les établissements gestionnaires fournissent « des services intensif de réadaptation, d'assistance et de surveillance » (ASSS, 2009) disponibles en tout temps.

2.2.4.3. Les ressources de type familial (RTF)

Les RTF se divisent en deux types de ressources selon la clientèle visée (MSSS, 2003). L'appellation famille d'accueil est utilisée pour les ressources destinées aux enfants et adolescents, et le nom de résidence d'accueil est plutôt pour l'hébergement des adultes et des personnes âgées. Dans le cadre de ce travail, les ressources de type familial sous-entendent seulement les résidences d'accueil parce que celles-ci sont destinées aux utilisateurs de services adultes en santé mentale. Dans ce type de ressource, le propriétaire de la maison accueille au plus 9 utilisateurs de services dans sa résidence, afin « de leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel » (MSSS, 2003). Il demeure donc en permanence dans la ressource et dispense des services de soutien et d'assistance en tout temps. Les professionnels de la santé doivent transmettre les plans d'intervention des résidents, ou doivent en établir un spécifiquement pour la ressource. Ils effectuent de même des visites régulières dans la ressource (ASSS, 2009).

Tableau II: Les différents types de ressources non-institutionnelles au Québec

-RNI- Ressources non- institutionnelles	Objectifs	Structures résidentielles	Soutien offert
-RI- Ressource intermédiaire	« Personnes physiques ou organismes dispensant des services de soutien et d'assistance dans des installations d'hébergement dont ils sont propriétaires ou locataires » (Clément, Bolduc, & Bizier, 2009) « Aider les personnes à conserver, améliorer ou retrouver leur autonomie pour leur permettre de demeurer ou de s'intégrer dans la communauté » (ASSS, 2009)	<u>Appartement supervisé</u> (unités d'habitation complètes)	<ul style="list-style-type: none"> • Services de soutien offert par les responsables de la ressource disponible • Les responsables n'habitent pas la ressource • Les intervenants sont encadrés par des professionnels de la santé
		<u>Maisons de chambres</u> (chambre privée avec ou sans pièces communes)	Avec ou sans activités de groupe
		<u>Maisons d'accueil</u> (résidence privée offrant le gîte)	Le responsable habite la ressource
		<u>Résidences de groupe</u> (ou foyer de groupe)	<ul style="list-style-type: none"> • Les intervenants offrent un encadrement intensif (24 h/jour, 7 jours/7) • Pour les services de santé offerts par des professionnels, le résident se déplace
-RTF- Ressource de type familial	« Fournir aux personnes hébergées des services d'hébergement, d'assistance et de soutien dans des conditions de vie le plus près possible de celles d'un milieu de vie naturel. » (ASSS, 2009)	<u>Familles d'accueil</u> (pour enfants et adolescent)	<ul style="list-style-type: none"> • Le propriétaire, présent dans le milieu familial, dispense des services de soutien et d'assistance en tout temps. • Des visites dans la ressource sont effectuées par des professionnels de la santé régulièrement. • Le professionnel de la santé référant doit établir et communiquer un plan d'intervention à la ressource pour chaque usager.
		<u>Résidences d'accueil</u> (adultes et personnes âgées)	
-RE- Ressource résidentielle	Même objectif que les RI	Même types que RI mais rattachement administratif différent.	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement gestionnaire fournit services intensifs de réadaptation, d'assistance et de surveillance en tout temps • Les programmes offerts visent à développer habiletés pour que la personne accède à un logement autonome ou un milieu de vie plus adapté.

(ASSS, 2009)

2.3. Les niveaux de services des RNI

En fonction du type de soutien offert par les ressources, les différentes RNI font partie intégrante d'un continuum comportant plusieurs niveaux de services qui est établi par l'Agence de la santé et des services sociaux (2009). La description de ces niveaux de services est donc issu de la trousse d'information fournie par L'ASSS (2009) sur la phase 2 de la transformation des services en santé mentale . Les trois niveaux de services, soit hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif, hébergement à durée illimitée avec soutien léger ou modéré ainsi que logements avec soutien continu et appartements supervisés, sont bien illustrés dans le schéma qui suit (Figure 4).

2.3.1. Niveau I - Hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif

Le premier niveau de service est celui qui offre le plus d'encadrement aux résidents. Les ressources résidentielles se situant dans ce niveau de services offrent donc des services de soins, de traitements et de réadaptation. Les services sont offerts en tout temps, 24 heures par jour, 7 jours sur 7. L'hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif est offert dans certaines RE, RI ou par certains organismes communautaires d'hébergement.

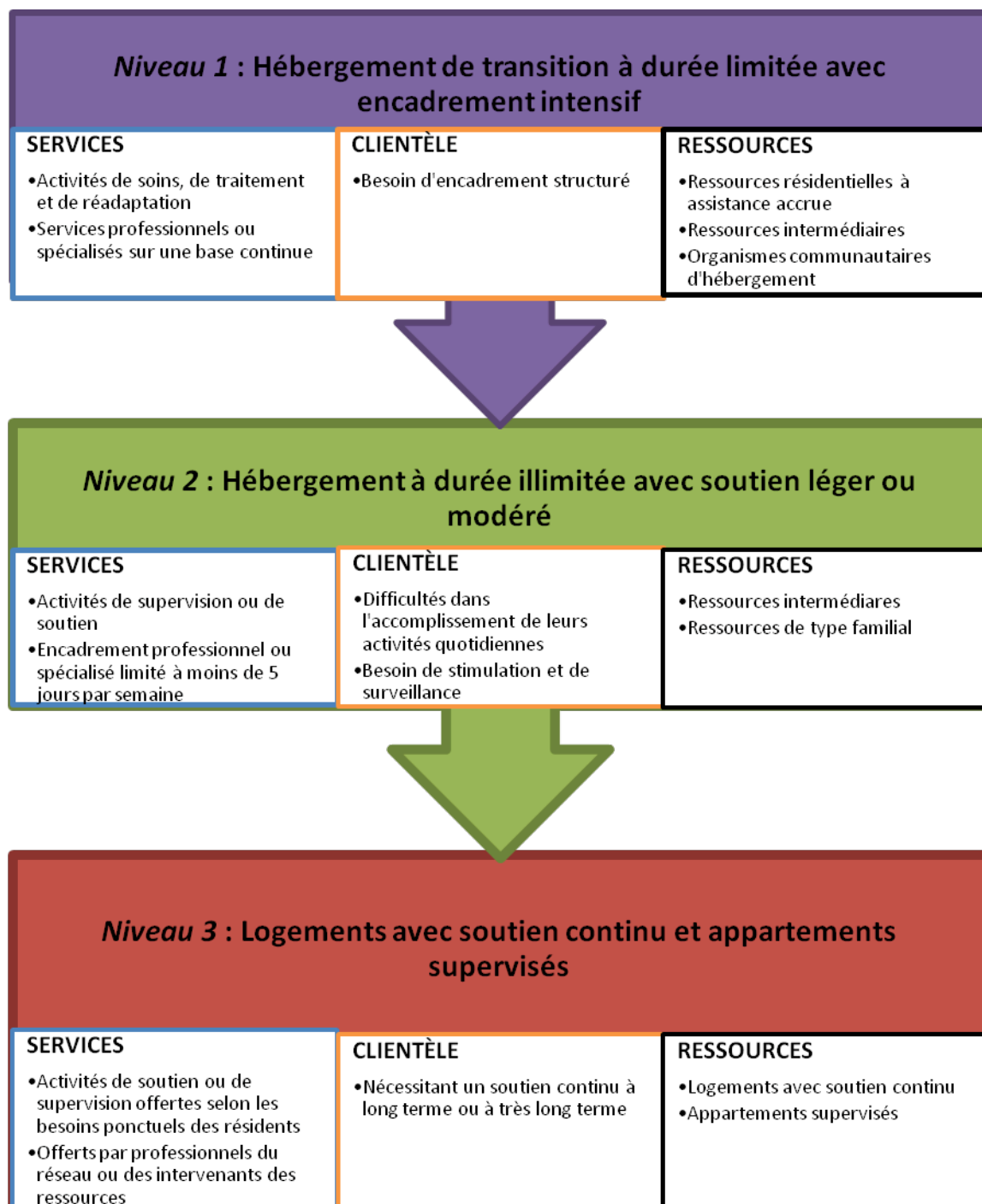
2.3.2. Niveau II - Hébergement à durée illimitée avec soutien léger ou modéré

Le deuxième niveau de service s'adresse aux personnes ayant des difficultés dans la réalisation de leurs activités quotidiennes. Les services sont offerts la majorité du temps 5 jours par semaine et ils impliquent des activités de supervision et de soutien. Ce niveau de service est accordé dans certaines RI et RTF.

2.3.3. Niveau III - Logements avec soutien continu et appartements supervisés

Le troisième niveau de service s'adresse aux personnes en mesure d'être autonome dans leur milieu de vie, mais nécessitant un soutien à long terme. Les services sont offerts à la demande du client et peuvent être offerts par des professionnels de la santé, des intervenants d'une ressource ou d'un organisme communautaire. Comme son nom l'indique, il s'agit des logements avec soutien continu et des appartements supervisés.

Figure 3: Niveaux de services dans les ressources résidentielles



(ASSS, 2009; Clément, Bolduc, & Bizier, 2009; MSSS, 2001, 2003)

3. Les différents enjeux au niveau de l'hébergement

Le mouvement de désinstitutionnalisation a été vécu différemment pour plusieurs pays selon leurs ressources monétaires, leur culture, de même que selon l'acceptation sociale de la maladie mentale dans leur communauté (Isaac, 2007). Au Québec, ce processus a eu, entre autres choses, de nombreuses répercussions sur les ressources d'hébergement. En effet, le retour à la vie en communauté étant fortement encouragé par le système public de santé, pour plusieurs patients, la sortie des hôpitaux s'est effectuée précocement. Ce mouvement a donc eu comme conséquence, malheureusement trop souvent, de retourner les utilisateurs de services dans la communauté sans préparation suffisante (Eikermann B., 2000 cité dans Fakhoury, 2002). Un autre impact de la désinstitutionnalisation est l'alourdissement de la clientèle résidant dans les ressources d'hébergement (Cyr, Hodgins, Gaston, & Viens, 1990; Piat, Ricard, Lesage, & Trottier, 2005).

La majorité des enjeux abordés dans cette troisième section sont soutenus par les orientations de l'ASSSM (2009). En effet, l'agence soulève la nécessité d'assurer un partenariat entre les différents services offerts et l'importance de « contrer les tabous, les fausses croyances et la stigmatisation qui entourent encore la maladie mentale » (ASSS, 2009). De plus, elle souligne la nécessité de faciliter la participation active des utilisateurs de services et « la priorité qu'il faut accorder au rétablissement de la personne dans sa globalité » (ASSS, 2009).

Les six enjeux abordés, ayant émergés des lectures portant sur les ressources d'hébergement auprès de cette clientèle, sont les suivants : 1-les conséquences du manque de ressources d'hébergement et de ressources communautaires, 2-la pénurie des intervenants et l'augmentation de leurs responsabilités, 3-la difficulté d'établir un partenariat entre les niveaux de services, 4-le peu d'implication des différentes parties

prenantes, 5-la stigmatisation et les préjugés et 6-le défi de la vision commune orientée vers le rétablissement.

3.1. Le manque de ressources d'hébergement et de ressources communautaires

La désinstitutionalisation et la valorisation des principes de réadaptation et de rétablissement ont amené une utilisation accrue des ressources d'hébergement et communautaires dans les dernières années. Cette augmentation a eu pour effet de réduire les places disponibles (malgré celles ajoutées à chaque année) et de rendre difficilement accessible les ressources communautaires et d'hébergement au Québec.

Au Québec, il y a bel et bien un manque de ressources d'hébergement disponibles pour les personnes souffrant de problème de santé mentale. Trois conséquences du manque de place en ressources résidentielles publiques (RNI), citées dans un article de Côté (2001), ont été soulevées par Fournier et collaborateurs (1999) lors d'une étude effectuée à Montréal-Centre. Ces conséquences sont : l'élongation des listes et l'augmentation de la durée d'attente pour les résidents espérant une place dans une ressource d'hébergement, la saturation des lits d'hospitalisation de courte durée et l'augmentation du débordement des urgences. La pénurie de ressources d'hébergement a aussi pour conséquence de diminuer le contrôle du résident quant au choix de son milieu de vie (Côté, 2001). En effet, les places d'hébergement pouvant convenir à leurs besoins sont soit occupées, inexistantes ou non abordables. Cette absence ou limitation de choix des usagers entraîne une diminution de la satisfaction de leur milieu de vie. Enfin, cette insatisfaction a un impact direct sur la qualité de vie, le sentiment de contrôle et la stabilité de logement de l'utilisateur. Il est donc possible de conclure que ce manque de ressources nuit au rétablissement des usagers, car il empêche l'utilisateur de choisir le milieu de vie qui lui convient, et diminue par le fait même le pouvoir d'agir de celui-ci. En plus de la pénurie de ressources, la diversité de celles disponibles est insuffisante pour satisfaire tous les besoins des usagers. Cette diversité est pourtant importante (Dincin, 1993). Le système d'hébergement devrait présenter le plus d'options possibles

pour tenir compte de la nature changeante des problèmes rencontrés par les usagers et les étapes dans leur processus de rétablissement (Mogilnik, 1993).

En considérant ce manque de ressources d'hébergement et l'alourdissement de la clientèle, davantage de support et de soutien dans la communauté sont nécessaires. Or, une pénurie des ressources communautaires a aussi été remarquée. En effet, les activités offertes dans la communauté et les centres de crise se retrouvent en quantité insuffisantes (Piat, Ricard, Lesage, & Trottier, 2005). Une rencontre d'échange regroupant des gestionnaires de logements, des intervenants et des usagers a permis aussi de soulever la difficulté des usagers à dénicher un soutien individuel adéquat dans la communauté (Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal ou RAPSIM, 2008). La pénurie de services dans la communauté fait en sorte que plusieurs résidents demeurent dans les RNI, même s'ils seraient prêts à vivre d'une façon plus autonome (Côté, 2001). En d'autres mots, en raison du manque de support, les usagers doivent atteindre un niveau supérieur d'autonomie pour pouvoir habiter de façon indépendante dans la communauté. La pénurie de ressources communautaires est toute aussi importante que celle des ressources d'hébergement, car le succès de l'intégration des usagers est dépendant des services offerts dans la communauté (Fakhoury & Priebe, 2002). La présence de ressources communautaires est effectivement nécessaire pour pallier les lacunes des ressources existantes (Mercier, 1989) ainsi que pour répondre à l'ensemble des besoins des utilisateurs de services (Poirier et al., 2001).

Pour clore la discussion autour de cet enjeu, il est important d'aborder les objectifs visés par la Phase II de la réorganisation des services résidentiels. L'ASSS (2009) souhaite diminuer les ressources d'hébergement à durée illimitée avec soutien léger à modéré (Niveau II) et augmenter les logements avec soutien et appartements supervisés (Niveau III). Toutefois, en 2008, lors d'une rencontre de trois organismes concernés par l'hébergement (RAPSIM, Fédération des organismes sans but lucratif (OSBL) de Montréal et Action Autonomie), des enjeux ayant un impact sur cette orientation sont soulevés. Il est mentionné qu'il sera difficile de reloger autant de personnes en logement autonome, car les logements subventionnés (HLM et OSBL avec soutien

communautaires) sont rares, et les logements privés sont non abordables (RAPSIM, 2008). De plus, les services de soutien communautaires ne pourront être offerts, car présentement, ils ne suffisent pas pour combler les attentes et les besoins des usagers.

3.2. La pénurie et l'augmentation des responsabilités des intervenants

La pénurie et l'augmentation des responsabilités des intervenants est un enjeu fondamental dans le système d'hébergement au Québec actuellement. L'alourdissement de la clientèle en santé mentale provenant des services publics de santé explique en partie cette situation difficile. Les intervenants doivent davantage encadrer leurs résidents, qui nécessitent de plus en plus de soutien et d'aide. Il n'est pas surprenant qu'ils se sentent surchargés, dépassés et qu'on assiste à une augmentation importante de la charge émotionnelle des responsables et des intervenants dans les ressources d'hébergement (Piat, Ricard, Lesage, & Trottier, 2005).

Les nouvelles problématiques rencontrées dans les ressources font en sorte qu'un niveau de connaissance plus approfondi est nécessaire pour que les intervenants regagnent un sentiment de contrôle et d'efficacité sur leur travail. À cet égard, les responsables souhaitent avoir les outils nécessaires pour intervenir de façon adéquate avec leurs résidents, qui présentent des problématiques variées et parfois complexes (Piat, Ricard, Lesage, & Trottier, 2005). La pénurie de personnel est aussi un facteur qui vient augmenter la pression et la charge de travail pour les intervenants, en plus des nouvelles tâches demandées par les professionnels de la santé (Piat, Ricard, Lesage, & Trottier, 2005). Les rôles et les responsabilités des intervenants s'en trouvent donc modifiés. Par exemple, les responsables peuvent avoir à rédiger des rapports d'observations ou à rechercher des services dans la communauté pour leurs résidents. Aussi, en raison du manque de ressources communautaires, ils se retrouvent généralement seuls pour planifier et mettre en application des programmes d'activités pour leurs résidents. Enfin, dans un contexte d'appartements supervisés, l'augmentation du temps consacré à la gestion des crises fait en sorte que les responsables ont souvent moins de temps à consacrer à l'animation des activités (Cyr, Hodgins, Gaston, & Viens, 1990).

Quoi que ces nouvelles tâches entraînent de nombreuses conséquences négatives du point de vue des intervenants, certains effets positifs sont toutefois présents. En effet, près de la moitié des responsables de RTF consultés par Piat et ses collaborateurs (2005) soulignent leur intérêt face aux nouveaux défis d'interventions. Ces responsables se sentent stimulés, valorisés et gratifiés par ces changements, ce qui favorise le « développement de leur capacité d'affirmation face aux professionnels » (Piat, Ricard, Lesage, & Trottier, 2005).

3.3. La difficulté d'établir un partenariat entre les niveaux de services

L'ambiguïté des rôles et des responsabilités, attribués aux intervenants (Piat, Ricard, Lesage, & Trottier, 2005) et aux professionnels de la santé impliqués auprès des ressources d'hébergement, est une des raisons expliquant le difficile partenariat. Comme il a été mentionné lors des journées réseautage ayant pour thème le partenariat pour de meilleures pratiques de réadaptation au Québec (Briand, Lecomte, Vasiliadis, & Racine, 2009), il est primordial de mieux définir les rôles de chaque acteur impliqué, et ce pour chacun des niveaux de services. Effectivement, si ces rôles ne sont pas clairement défini, il est difficile pour les différents acteurs de reconnaître et de comprendre leurs complémentarités dans le système public de santé.

De plus, les différents partenaires présents à cette rencontre soulignent l'importance d'établir des « corridors de communication entre les différents niveaux de services » (Briand, Lecomte, Vasiliadis, & Racine, 2009). Le manque de communication entre les niveaux de services a un impact direct sur l'implication des ressources d'hébergement dans le continuum de services publics de santé. Présentement, le système d'hébergement est presque perçu comme un système parallèle. Les intervenants et les responsables des ressources sont consultés et informés, mais ils ne sont pas impliqués dans la planification des services ou dans l'élaboration du plan d'intervention de leurs résidents. Par l'établissement de « corridors de communication » (Briand, Lecomte, Vasiliadis, & Racine, 2009), le système d'hébergement pourrait être considéré davantage comme une

partie prenante du réseau de la santé mentale. En effet, les partenaires œuvrant dans les ressources d'hébergement devraient être des collaborateurs importants dans ce réseau de services.

En plus de l'ambiguïté des rôles et du manque de communication, la « méconnaissance des partenaires entre eux » (Briand, Lecomte, Vasiliadis, & Racine, 2009) est aussi rapportée. Il est essentiel que les différents partenaires soient informés des services disponibles qui les entourent. Assurément, il est difficile pour les intervenants et les professionnels de la santé concernés d'orienter les utilisateurs de services vers la ressource ou le service répondant le plus à leurs besoins si ces ressources ou services sont méconnus. Pour un réseau de services efficient, l'utilisateur doit en effet savoir où et à qui s'adresser pour un certain type d'aide requis (Mogilnik, 1993), d'où l'importance pour les partenaires de se connaître entre eux.

3.4. Le peu d'implication des parties prenantes

L'évidence de l'importance de l'implication des usagers dans le choix de leur ressource d'hébergement a déjà été mentionnée à plusieurs reprises. Aussi, plusieurs études et publications mentionnant l'importance de connaître plus en profondeur les attentes et les besoins des usagers en ce qui concerne leur milieu de vie ont été exposées. À cet égard, plusieurs de ces études ont recueilli, comparé et enquêté sur ces attentes. Or, encore à ce jour, les usagers ne sont que rarement impliqués dans le processus décisionnel des ressources ou dans l'évaluation de pratiques et de programmes (Rodriguez, Bourgeois, Landry, Guay, & Pinard, 2006). En effet, il ne s'agit pas seulement de recueillir leurs opinions, mais de les impliquer concrètement dans les décisions qui les concernent.

Dans le cas où les personnes ayant des troubles de santé mentale résident avec leurs propres familles, les membres de cette famille occupent en quelques sortes le rôle d'intervenant, car ils offrent le soutien et le support qu'ils jugent nécessaire et pertinent. Ils ont toutefois comme inquiétude la prise en charge de leur proche lorsqu'ils ne seront plus en mesure d'offrir leur soutien. Que les usagers demeurent dans leur famille

respective où qu'ils résident dans une ressource, l'hébergement approprié pour leur proche ayant des troubles psychiatriques est une préoccupation majeure (Hatfield, 1993). Dans cette même publication, les proches aidants mentionnent leur désir d'être davantage consultés dans le développement des ressources d'hébergement. En effet, ils justifient cette requête en exprimant leur expertise quant aux besoins et attentes de leur proche. En complétant cette idée, les familles s'attendent aussi à être davantage impliquées dans le processus décisionnel concernant leur proche (Friedrich, Hollingsworth, Hradek, Friedrich, & Culp, 1999). Quant au soutien offert dans les ressources, les familles préfèrent une supervision 24 heures par jour par un intervenant qui se trouve à l'intérieur de la ressource. Il est donc possible de remarquer la tendance des familles à préférer un niveau plus élevé de soutien que les clients eux-mêmes (Friedrich, Hollingsworth, Hradek, Friedrich, & Culp, 1999).

En ce qui a trait aux attentes des intervenants, 29 responsables de ressources de type familial ont été consultés lors d'une étude par Piat, Ricard, Lesage & Trottier (2005). Sommairement, voici les attentes communes qui ont été mentionnées. Premièrement, les responsables désirent être impliqués dans le processus décisionnel des intervenants et des professionnels de la santé en ce qui concerne les responsabilités attribuées à la ressource, le support à apporter et le plan d'intervention de leurs résidents. En effet, ils mentionnent que même s'ils sont consultés, ils ne sont pas impliqués pour autant dans le « processus de planification et de prise de décision » entourant leurs résidents (Piat, Ricard, Lesage, & Trottier, 2005). Deuxièmement, ils ont le désir de se rendre utile dans le processus de rétablissement de leurs résidents de façon à contribuer à l'amélioration de leur autonomie. Ils voudraient aussi être considérés comme un membre à part entière de l'équipe de professionnels encadrant les résidents.

Enfin, il est intéressant de remarquer que même si les attentes de ces acteurs divergent en quelques points (par exemple en ce qui concerne l'intensité des services et le type d'encadrement), un aspect est central et commun : tous souhaitent être davantage consultés et impliqués dans la prise de décision en ce qui concerne les ressources d'hébergement et leurs services.

3.5. La stigmatisation et les préjugés

Il est aussi important de prendre en considération les attentes exprimées par la communauté en ce qui concerne la présence de ressources d'hébergement dans leur quartier. En effet, la perception des habitants du quartier influence l'accueil des résidents dans leur nouvel environnement. Constituant un aspect non négligeable de l'environnement des résidents, ils influencent leur intégration dans la communauté. L'étude menée aux États-Unis par Rabkin et ses collaborateurs (1984) démontre que la majorité de la population n'a pas d'aversion spécifique face aux personnes souffrant de troubles mentaux. Dans cette étude, il est aussi soulevé que les aspects de la sécurité personnelle, la valeur de leur propriété ainsi que la réputation du quartier ne sont pas affectés par la présence de personnes ayant des problématiques de santé mentale. Enfin, ces auteurs supportent la stratégie de dispersion versus celle de ségrégation des usagers car elle favorise leur intégration dans la communauté. Un avis différent de la population est mis en relief dans une étude plus récente effectuée au Québec par Piat (2004) s'adressant plus particulièrement à l'implantation de foyer de groupe. Cette étude mentionne que les citoyens ne croient pas que cette clientèle puisse « être socialement réintégrés dans la communauté » (Piat, 2004). De plus, l'implantation de ce type de ressource « entraîne une perte de contrôle des résidents [citoyens] sur leur environnement » (Piat, 2004). Selon cette étude, il est fréquent que la population réagisse négativement face à la possibilité que cette clientèle vienne habiter dans leur quartier. Il est donc non négligeable d'informer et d'impliquer la communauté dans le processus d'implantation de nouvelles ressources d'hébergement dans leur quartier.

3.6. Le défi de la vision commune orientée vers le rétablissement

Comme il a été mentionné précédemment, la prise en considération des besoins et des préférences des usagers fait partie intégrante des principes du rétablissement. Or, les demandes et les besoins des usagers soulevés dans la section 1 permettent d'affirmer qu'ils ne sont pas impliqués dans la prise de décision. Ils ne sont pas représentés non plus lors de l'implantation de nouvelles ressources ou de nouveaux services. Les

différents partenaires doivent donc modifier leur vision ainsi que leur façon de faire afin d'impliquer les usagers et de répondre prioritairement à leurs besoins. L'utilisateur de service doit être considéré comme un partenaire avec qui les intervenants et professionnels de la santé doivent collaborer.

Par ailleurs, afin d'obtenir une vision commune orientée vers le rétablissement, les attentes de tous les partenaires doivent être conciliées. Toutefois, il a été démontré que les attentes et les besoins des usagers en matière d'hébergement ne sont pas exactement les mêmes que ceux de leur famille, leurs intervenants ou les membres de leur communauté. En raison du manque de consultation, d'implication et de collaboration de ces différents acteurs, il est difficile de mettre en commun leurs besoins. Prenons l'exemple des différents professionnels de la santé impliqués et des intervenants. Les services offerts par les intervenants des ressources d'hébergement et des professionnels de la santé doivent être orientés vers un but ultime, soit d'intégrer leur résident dans la communauté. Cela sous-entend donc qu'ils doivent les accompagner tout au long de leur cheminement vers l'indépendance. Toutefois, prendre pour acquis cet objectif ou cette vision et tenter de l'appliquer à tous les usagers pourrait faire de la pression sur certains résidents, particulièrement si l'utilisateur est satisfait de son milieu de vie actuel (Piat, Ricard, & Lesage, 2006). Cet exemple démontre l'importance de se centrer sur les besoins des usagers afin de déterminer les services ou le soutien à offrir.

De surcroît, la modification des façons de faire, qui sont ancrées depuis longtemps, n'est pas facile à effectuer. Par exemple, il est difficile de demander aux responsables des ressources, du jour au lendemain, de léguer davantage de responsabilités aux usagers. Les différents acteurs concernés, en plus d'assimiler les principes d'une philosophie orientée vers le rétablissement, doivent aussi adapter leurs interventions ou actions en conséquence. Les partenaires doivent aussi modifier leur philosophie de soins. Théoriquement, la réussite du processus de désinstitutionalisation n'a pas de limite en soi, si les différents acteurs impliqués (décideurs, gestionnaires, cliniciens et intervenants) font preuve d'ouverture d'esprit en n'ayant pas une vision strictement institutionnelle (Fakhoury & Priebe, 2002). Bien entendu, il est difficile d'adopter une

vision et une orientation commune si chaque organisation ou professionnel tient à défendre leur propre intérêt (Fleury & Ouadahi, 2002). Enfin, la divergence de visions des différents acteurs peut nuire à la qualité de leur relation, qui peut être déterminante de la qualité des services offerts (Rodriguez, Bourgeois, Landry, Guay, & Pinard, 2006).

4. Le rétablissement et l'ergothérapie face aux ressources d'hébergement

Les trois différentes sections précédentes ont permis d'avoir une vision globale en ce qui concerne les préférences des usagers, les ressources offertes au Québec et les enjeux présents. Malgré le besoin criant de ressources de même que la pénurie flagrante des professionnels de la santé, un objectif doit être visé : orienter les différents acteurs impliqués vers une vision commune centrée sur le rétablissement. La section qui suit permettra non seulement d'expliquer cette direction à prendre, mais aussi de suggérer des moyens, des pistes d'actions pour y parvenir, appuyé de deux projets innovateurs concrets. Enfin, la contribution possible des ergothérapeutes sera détaillée.

4.1. Répondre au défi de la vision commune et du rétablissement

Les enjeux soulevés précédemment et la définition du rétablissement permettent de mettre en relief la nécessité de l'implication des usagers à tous les niveaux de services. En effet, si les attentes des usagers sont considérées par les différents intervenants et professionnels de la santé concernés, les interventions seront mieux orientées vers leurs besoins (Tanzman, 1993). De plus, les intervenants et les usagers doivent avoir une vision commune afin d'atteindre l'équilibre entre la liberté et l'encadrement de même que le niveau d'autonomie souhaité. Effectivement, si un des intervenants d'un résident l'encourage à faire des choix, à gérer son emploi du temps de façon satisfaisante et à réaliser seul le plus d'activités de la vie quotidienne que possible, tous ces efforts n'auront pas les effets escomptés si les autres acteurs impliqués auprès de ce même résident n'interviennent pas en ce sens. L'écart des interventions et du support fournit entre les professionnels de la santé, les intervenants et les responsables des ressources ne contribuent pas à l'application de cette vision commune. Pourtant, si tous ces partenaires étaient centrés sur les besoins des usagers, cela faciliterait l'orientation unidirectionnelle des services. La présence d'un cadre de référence commun est donc nécessaire afin

d'homogénéiser les services offerts au Québec et de promouvoir l'*empowerment* des résidents.

Pour permettre aux utilisateurs de services de prendre le contrôle sur leur vie et pour suivre ces orientations d'interventions, il est nécessaire de bâtir un cadre de référence à partir des attentes et des besoins des usagers. En effet, si ce cadre est directement issu de leurs demandes, les principes de rétablissement seront clairement véhiculés et incorporés aux différents services offerts. Donc, cette approche dirigée vers le rétablissement ne fait pas en sorte que les utilisateurs de services ont à adapter leurs attentes ou leurs demandes en fonction des services disponibles, mais plutôt que les services doivent s'organiser de manière à pouvoir satisfaire pleinement les besoins des usagers. Le rôle des intervenants et des professionnels de la santé n'est donc pas seulement de réorganiser les services de façon à rejoindre plus d'usagers, mais bien d'aller davantage dans leur milieu pour répondre plus directement à leurs besoins. À ce propos, les différents partenaires soulèvent la pertinence de « desservir la clientèle dans leur milieu » (Briand, Lecomte, Vasiliadis, & Racine, 2009). Pour ce faire, ils mentionnent l'importance de « réduire les écarts de mentalité entre le milieu hospitalier et le milieu communautaire » (Briand, Lecomte, Vasiliadis, & Racine, 2009), ce qui vient rejoindre la notion essentielle de vision commune.

Dans cet ordre d'idées, une initiative locale du CSSS du sud de Lanaudière est un excellent exemple de cette approche *bottum-up*. En effet, cette initiative considère les besoins des usagers comme leur priorité. Après avoir élaboré un cadre de référence sur les attentes de cette clientèle en matière d'hébergement et d'avoir dressé un portrait des ressources d'hébergement disponibles dans leur région, ils ont recueilli les besoins des usagers par la passation d'un questionnaire. Ce projet innovateur, en plus de documenter les besoins des usagers, a comme objectifs de permettre aux usagers d'être impliqués dans le choix de leur logement, de développer le parc des ressources de la région et de faire connaître leurs aspirations à la municipalité et à la communauté. Cette initiative locale a été publiée dans le bulletin Web de l'Association québécoise de la réadaptation psychosociale (AQRP) et est présentée dans les pages qui suivent.

Ces actions concrètes permettent d'affirmer la faisabilité de l'élaboration d'un cadre de référence et met en relief tous les effets positifs que peut entraîner l'implication des usagers dans le processus décisionnel.

Fitzgerald, Briand (2009a), Initiative locale en hébergement : Les besoins des usagers...une priorité !, Bulletin de l'Association québécoise de la réadaptation psychosociale (AQRP), disponible sur <http://www.aqrp-sm.org/index.html>

Titre :

Initiative locale en hébergement : Les besoins des usagers...une priorité !

Auteurs :

Edith Fitzgerald, étudiante à la maîtrise en ergothérapie, École de réadaptation,
Université de Montréal

Catherine Briand, professeur adjoint, École de réadaptation, Université de Montréal

Article publié :

Suite à la parution du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 du MSSS, de nombreuses actions ont été réalisées afin de concrétiser la réorganisation des services en santé mentale. Dans ce remaniement, les ressources d'hébergements ne sont pas à négliger. Pour s'assurer qu'une ressource d'hébergement favorise l'intégration sociale, des questions essentielles s'imposent. Quelles sont les ressources disponibles? Quels sont les besoins et les attentes de l'utilisateur? Quelle est la ressource d'hébergement la mieux adaptée? Est-elle accessible et les services offerts sont-ils adéquats pour cette personne?

C'est à partir de ce questionnement incontournable que le CSSS du sud de Lanaudière a mis sur pied un projet innovateur permettant de répertorier les besoins des usagers et d'établir des priorités d'action. En prenant conscience de la quantité limitée des ressources d'hébergement disponibles (absence de logements sociaux et d'appartements supervisés) et du manque de diversité pour répondre aux besoins variés de la clientèle en santé mentale, un comité d'hébergement a été formé (voir liste ici bas).

Ce comité a mis sur pied un projet ayant comme objectifs principaux de permettre aux usagers d'être impliqués dans le choix de leur logement, de développer le parc des ressources en lien avec leurs besoins ainsi que de faire connaître leurs aspirations à la municipalité et à la communauté. Le projet se divise en deux étapes distinctes.

Première étape : Élaboration d'un cadre de référence sur les préférences résidentielles de la clientèle ciblée. Dans ce document, un portrait des ressources d'hébergement de la région y est aussi dressé.

Deuxième étape : Adaptation d'un questionnaire (provenant du *Consumer Housing Preference Survey* élaboré par Beth Tanzman) soumis aux utilisateurs de services en hébergement, à l'hôpital ainsi qu'au suivi intensif. Les informations recueillies permettent de mieux documenter les besoins des usagers et d'effectuer des recommandations afin d'adapter les services offerts.

Ce projet étant amorcé en 2005, les responsables ont déjà remarqué des impacts positifs tant sur l'attribution des ressources que sur l'implication des usagers. En effet, l'hébergement des usagers dans les ressources non-institutionnelles (RNI) est davantage envisagé comme un tremplin pour accéder à la vie en appartement. De plus, les usagers témoignent de leur fierté et de leur reconnaissance face à la prise en considérations de leurs opinions et de leurs besoins respectifs.

Évidemment, changer une manière de voir les choses est un travail à long terme. Graduellement, le CSSS du Sud de Lanaudière favorise ce changement en impliquant toutes les personnes concernées, tant les usagers, les responsables des ressources, les cliniciens, les gestionnaires que la communauté et la municipalité. C'est en prenant exemple sur des projets réalistes et innovateurs comme celui-ci, où des actions concrètes sont posées et où plusieurs partenaires sont impliqués, que nous avancerons vers un système de services en santé mentale accessible, efficient et qui considère la capacité d'agir de la personne.

Sincères remerciements aux personnes ayant collaborées à la rédaction de cet article pour leur implication et leur disponibilité : Madame Johanne Matteau et Madame Isabelle St-Hilaire.

Membres du comité d'hébergement :

Monsieur Denis Girard, Responsable du parc de ressources de Lanaudière sud

Monsieur Martin Harvey, conseiller programme santé mentale, Myriade

Madame Nicole Lefrançois, chef de programme intérimaire en santé mentale, CSSSSL

Madame Johanne Matteau, chef clinico-administratif et coordonnatrice SI, psychiatrie, CSSSSL

Madame Michelle Papillon, utilisatrice de service, Impact

Madame Maryse Ranger, travailleuse sociale, regroupement psychiatrie, CSSSSL

Monsieur Mario Robillard, éducateur spécialisé, programme santé mentale, Myriade

Monsieur Benoît Simard, chef de programme intérimaire santé mentale, CSSSSL

Madame Isabelle St-Hilaire, travailleuse sociale, regroupement psychiatrie, CSSSSL

4.2. Répondre au défi du manque de ressource et du rétablissement

Les différents enjeux soulevés dans la section III permettent de mettre en relief les obstacles auxquels les utilisateurs de services ont à faire face au cours du cheminement vers leur rétablissement. En effet, le manque de ressources d'hébergement de même que la pénurie d'intervenants empêche les résidents de pouvoir faire les choix désirés, ce qui peut nuire au processus de rétablissement en entravant le contrôle sur leur vie. De plus, la pénurie des intervenants dans les ressources communautaires et le manque de logements abordables entravent la quête de l'autonomie des usagers (Côté, 2001).

Bien entendu, au premier plan, les solutions pour répondre à ce manque de ressources sont le développement de ressources d'hébergement et de ressource communautaire, de même que l'augmentation du recrutement d'intervenants et de professionnels de la santé. Effectivement, la pénurie de médecin de famille, de psychiatre et de professionnel de réadaptation remarquée dans plusieurs secteurs est juxtaposée à la difficulté du recrutement de personnel auprès de la clientèle ayant des troubles mentaux graves. Toutefois, les perspectives de développement des logements et des ressources d'hébergement sont faibles et un financement insuffisant est accordé aux ressources et au soutien communautaire (RAPSIM, 2008).

Il est donc primordial de proposer des solutions applicables dès maintenant, qui permettront d'optimiser l'efficience des ressources résidentielles et du personnel impliqué. Étant donné la pénurie des professionnels de la santé et des intervenants communautaires au Québec, il est de toute évidence impossible qu'ils se déplacent dans toutes les ressources d'hébergement afin d'offrir un soutien personnalisé à chacun des résidents. Ils doivent donc opter pour des plans d'actions efficaces pour desservir le plus grand nombre de personnes possible, tout en maintenant la qualité des services offerts. Pour ce faire, il serait pertinent de miser davantage sur la collaboration entre les différents partenaires. De plus, les usagers peuvent s'impliquer dans cette orientation de services en favorisant à leur tour la participation sociale de leurs proches.

En d'autres termes, comme le mentionnent les différents partenaires impliqués, les services devraient non seulement être orientés vers les besoins des clients, mais aussi appliquer une approche centrée sur leur projet de vie⁹, leurs rêves (Briand, Lecomte, Vasiliadis, & Racine, 2009). Pour y arriver, « le client doit être porteur de son plan d'intervention en lien avec son projet de vie » (Briand, Lecomte, Vasiliadis, & Racine, 2009), c'est-à-dire que ses objectifs d'interventions ne doivent pas lui être imposés, mais plutôt doivent venir de lui. Les différents services doivent non seulement être orientés vers sa responsabilisation et son pouvoir d'agir, mais aussi être centrés sur la qualité de vie de la personne (Briand, Lecomte, Vasiliadis, & Racine, 2009).

Pour favoriser la place des utilisateurs de services comme membre de la société, l'intervention par les pairs est fortement encouragée. Le Programme québécois Pairs-aidants Réseau (2008) montre un bon exemple à suivre en matière de responsabilisation et d'implication des usagers. Ce programme vise « l'embauche de pairs-aidants dans les services de santé mentale » (Pairs-Aidants Réseau, 2008). Des utilisateurs de services sont donc formés et outillés pour supporter leurs pairs. Ils ont aussi comme mandat d'apporter leur expertise à l'équipe, afin de les aider à maintenir une approche centrée sur le rétablissement.

Un projet innovateur réalisé en Montérégie apporte un autre exemple concret d'actions pouvant être effectuées auprès des résidents pour pallier au manque de ressources et favoriser le rétablissement. Dans ce projet, deux utilisatrices des services ont eu l'initiative d'effectuer des visites dans les ressources d'hébergement pour permettre aux résidents de s'impliquer dans plusieurs activités. Ces visites avaient aussi pour but de faire connaître *Ces voix oubliées*, une activité visant à faire participer les utilisateurs de services à des cours et des spectacles de chant choral. Les objectifs visés par ce projet innovateur sont directement liés au processus de rétablissement. Ce projet a donc permis l'émergence et la concrétisation de projets de vie pour les résidents. Cette initiative locale a été publiée dans le bulletin Web de l'Association québécoise de la réadaptation psychosociale (AQRP) et est présentée dans les pages qui suivent.

En considérant les différents enjeux concernant les ressources résidentielles, particulièrement le manque de personnel et de ressource communautaire, l'implication des utilisateurs de services pour favoriser le rétablissement est donc un projet d'avenir tout à fait adéquat et réaliste.

Fitzgerald, Briand (2009b), Initiative locale : Contribution des utilisatrices de services au rétablissement en hébergement, Bulletin de l'Association québécoise de la réadaptation psychosociale (AQRP), disponible sur <http://www.aqrp-sm.org/index.html>

Titre :

Initiative locale : Contribution des utilisatrices de services au rétablissement en hébergement

Auteurs :

Edith Fitzgerald, étudiante à la maîtrise en ergothérapie, École de réadaptation, Université de Montréal

Catherine Briand, professeur adjoint, École de réadaptation, Université de Montréal

Article publié :

Un grand projet innovateur a vu le jour il y a quelques années grâce à une utilisatrice de services, Mme Ginette Gouin. Après avoir constaté le peu d'activités réalisées en ressources de type familial et l'isolement vécu par les résidents, Mme Gouin a exprimé son intérêt à s'impliquer auprès des ressources d'hébergement. Sa demande a été entendue par Mme Cynthia Lambert, directrice de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), filiale Haut-Richelieu. Mme Raymonde Lavoie, une autre utilisatrice de services s'est, par la suite, impliquée dans le projet. Par l'intérêt qu'a porté l'ACSM à ce projet, en particulier par l'entremise du Programme Interagir du Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale (programme d'aide et d'accompagnement social), les démarches ont été entamées.

Pour s'assurer d'obtenir la participation des résidents, Mme Gouin et Mme Lavoie se sont déplacées dans chacune des ressources d'hébergement de la région du Haut-Richelieu. Lors de cette 1^{ière} rencontre, plusieurs résidents ont été amenés à s'impliquer dans une activité concrète leur permettant d'avoir un sentiment de satisfaction et d'augmenter leur estime de soi : la réalisation d'un dessin ou d'un poème dans le cadre du concours *Ces Voix Oubliées*. *Ces voix oubliées* est une activité de rétablissement qui existe depuis 5 ans au CSSS Haut-Richelieu-Rouville. Cette activité permet à des utilisateurs de services de participer à un cours de chant choral en vue d'un spectacle présenté dans le cadre de la Semaine Nationale de la Santé Mentale. L'idée d'intégrer le projet de Mme Gouin et de Mme Lavoie à *Ces Voix Oubliées* s'explique en raison des

objectifs qu'ils ont en commun, soient de permettre aux personnes de se réaliser, d'augmenter leur confiance en soi et de participer à la diminution des préjugés envers les personnes souffrant de problème de santé mentale. Suite à cette 1^{ière} rencontre, les 2 initiatrices du projet ont animé diverses activités (ex. loisirs, artisanats...) dans les ressources d'hébergement. Elles ont même effectué une deuxième tournée des ressources pour présenter à nouveau le concours *Ces Voix Oubliées* et recruter d'éventuels participants à l'activité de chant choral.

Les objectifs visés par ce projet sont :

- augmenter progressivement le contact des résidents avec l'extérieur pour qu'ils réintègrent la communauté (les sortir progressivement de leur routine, les mobiliser, leur faire explorer de nouveaux intérêts, etc.);
- favoriser la contribution à la société des usagers impliqués;
- encourager l'action de pairs aidant.

Ultimement, ce projet est porteur d'espoir et encourage cette nouvelle culture de rétablissement où les rêves et les désirs sont possibles pour permettre l'émergence et la concrétisation de projets de vie.

Par le partenariat solide établi entre l'ACSM – filiale Haut-Richelieu et le CSSS Haut-Richelieu-Rouville, ce projet se poursuit depuis maintenant 3 ans. Il continue année après année à évoluer. Cette année, un ergothérapeute s'impliquera dans le projet pour soutenir les deux initiatrices dans le choix d'activités significatives, porteuses d'espoir et de rétablissement.

Sincères remerciements à Madame Chantal Gibeau et Madame Ghislaine Gauthier pour avoir collaboré à la rédaction de cet article.

4.3. Contribution des ergothérapeutes et pistes d'action

Les ergothérapeutes sont des professionnels de choix pour contribuer à la mise en application de la réorientation des services vers le rétablissement des personnes atteintes de troubles mentaux. En ayant comme objectifs de favoriser l'autonomie, la qualité de vie, le maintien dans leur milieu de vie ainsi que l'intégration dans la communauté (OEQ, 2008), ils sont en mesure de faciliter le pouvoir d'agir et la participation citoyenne (OEQ, 2009). Malheureusement, les rôles et les contributions des ergothérapeutes en santé mentale sont encore sous-estimés et méconnus (OEQ, 2009).

4.3.1. Faciliter le pouvoir d'agir

L'ergothérapie est une pratique centrée sur le client qui s'intéresse plus particulièrement à l'interaction entre ce client, son environnement et ses occupations. La vision holistique de l'ergothérapeute doit aussi inclure les demandes et les besoins de l'utilisateur. Plus précisément, les attentes de l'utilisateur ainsi que ses projets de vie doivent orienter les services qui lui seront offerts. L'ergothérapeute doit donc centrer l'élaboration des objectifs, des stratégies d'intervention et des modalités thérapeutiques sur ce que souhaite accomplir le client. Ils ne lui imposent donc pas une stratégie, mais permettent plutôt à la personne d'expérimenter différentes possibilités en lui assurant un soutien. Cette collaboration avec l'utilisateur de services, en plus de favoriser le succès du plan d'intervention (Fleury & Ouadahi, 2002), encourage le client à mettre en place des solutions par lui-même pour atteindre ses objectifs de vie. Cette façon de faire fait référence à l'approche *bottom-up* mentionnée précédemment i.e. de partir des besoins des usagers pour offrir le soutien approprié. L'approche centrée sur le client, préconisée par les ergothérapeutes, donne le droit de parole sur les objectifs à atteindre ainsi que le droit d'essais et erreurs sur les solutions à mettre en place, ce qui favorise la réappropriation du pouvoir d'agir des clients. En appliquant ces principes aux résidents en ressources d'hébergement, les ergothérapeutes pourraient favoriser l'implication des usagers dans les prises de décision concernant les ressources d'hébergement au Québec et dans la mise en place de cadre de référence, tel que le propose l'initiative de Lanaudière.

L'ergothérapeute parle également d'occupation. En fait, c'est grâce à la réalisation d'activités significatives, qui donnent du sens à la vie, qu'une personne peut s'accomplir et occuper de façon satisfaisante les différents rôles dans sa vie. La participation optimale de l'utilisateur à ces différents rôles a pour effet d'améliorer sa satisfaction envers la vie et sa qualité de vie. C'est à travers l'expérimentation d'occupation que les personnes peuvent développer de nouveaux moyens et de nouvelles stratégies pour faire face aux défis de la vie. La réalisation et la gestion de leurs différents rôles et activités favorisent le contrôle sur la vie, sur l'environnement et permettent à la personne de prendre une place dans la société, de se responsabiliser, d'exister et d'augmenter son pouvoir d'agir. L'ergothérapeute doit donc mettre en œuvre et encourager des projets impliquant la mise en action des utilisateurs de services dans leur ressource d'hébergement, comme par exemple celui de *Ces voix oubliées*. Aussi, pour contribuer à l'engagement des résidents dans l'activité, ils peuvent mettre en place des programmes permettant de soutenir leurs projets de vie (comme des programmes de retour au travail, de retour aux études...).

L'ergothérapeute accorde aussi une attention particulière à l'environnement du client. Ces professionnels « interviennent en collaboration et en complémentarité avec l'environnement immédiat » (OEQ, 2009). En plus d'intervenir d'une façon directe auprès du client, ils agissent aussi indirectement sur celui-ci (OEQ, 2009), en s'assurant qu'il est dans un environnement favorisant son pouvoir d'agir et encourageant sa participation sociale. Pour ce faire, les ergothérapeutes doivent établir un meilleur partenariat avec les acteurs impliqués dans la ressource d'hébergement de leur client. Concrètement, c'est en incitant la formation de comités regroupant des acteurs de tous les niveaux de services, des représentants de la communauté, des familles et des usagers, que les ergothérapeutes pourront favoriser ce partenariat. Aussi, en créant des moyens de communication entre les ergothérapeutes, les intervenants et les responsables des ressources d'hébergement, les rôles et les responsabilités de chacun de ses partenaires seraient mieux définis, favorisant ainsi leur collaboration. De plus, par le fait même, l'amélioration de la communication entre ces acteurs contribuerait à l'orientation des services vers une vision commune. Dans cette optique de collaboration, les

ergothérapeutes ont aussi le rôle et les compétences nécessaires pour former et sensibiliser les différents partenaires afin de recommander des moyens et des stratégies d'interventions centrés sur le pouvoir d'agir des clients. Enfin, par l'adaptation optimale du milieu de vie effectuée en étroite collaboration avec le client, l'ergothérapeute favorise le contrôle de celui-ci sur son environnement.

4.3.2. Favoriser la participation citoyenne

Malgré la pénurie d'ergothérapeutes présente dans le système public de santé, il est possible pour les ergothérapeutes d'intervenir auprès de la clientèle présente dans les ressources d'hébergement. En axant davantage sur leur rôle d'agent de changement ainsi que sur le partage de leurs connaissances, ils doivent orienter leurs interventions de manière à optimiser l'efficacité de leurs services. Un moyen concret pour y parvenir est d'encourager l'intervention par les pairs. Comme il a été mentionné précédemment, ce type d'intervention permet de favoriser la participation citoyenne des utilisateurs de services. En ayant un rôle et une mission précis, ils sont en effet responsabilisés, impliqués et mis en action. De plus, l'expertise des usagers concernant la maladie et les difficultés qu'elle engendre peut être grandement utile pour leurs pairs. Par l'entremise des usagers impliqués, les ergothérapeutes offrent des services destinés spécifiquement aux utilisateurs de services dans leurs milieux de vie. Les compétences de gestionnaires et de collaborateurs des ergothérapeutes font en sorte qu'ils sont outillés pour créer, diriger et participer à des projets innovateurs impliquant les utilisateurs de services. En effet, par leur créativité et leur esprit d'analyse, les ergothérapeutes peuvent élaborer des projets innovateurs permettant aux résidents de tailler leurs places dans la société. En élaborant et en implantant des projets et des interventions effectués par les pairs, comme par exemple le programme Pairs Aidant Réseau, l'ergothérapeute intervient donc afin de favoriser la participation citoyenne des utilisateurs de services.

Le projet innovateur effectué en Montérégie décrit précédemment est un exemple concret du rôle que l'ergothérapeute peut jouer dans les ressources d'hébergement. L'ergothérapeute prochainement impliqué dans ce projet occupera un rôle de consultant,

où il pourra guider les utilisatrices de services vers des activités concrètes favorisant l'atteinte du but ultime : le rétablissement.

Par ailleurs, l'ergothérapeute collabore avec différents partenaires. Il est donc en mesure d'impliquer des utilisateurs de services dans différents comités. En encourageant la présence de représentants des usagers aux rencontres des différents partenaires, leurs demandes seront de plus en plus considérées. S'ils siègent dans un comité de ce type, les représentants devront à leur tour consulter les différents usagers concernés, ce qui contribuera à la participation citoyenne des utilisateurs de services à plusieurs niveaux.

Conclusion

Ce présent travail avait comme objectif principal d'analyser les différents enjeux présents actuellement dans les ressources d'hébergement en santé mentale, de manière à pouvoir proposer des pistes de solutions concrètes. Pour ce faire, les attentes et les besoins des utilisateurs de services ont été répertoriés à partir de la littérature, et les différentes ressources d'hébergement présentes au Québec ont été décrites. Ensuite, les enjeux concernant le manque de ressources, l'augmentation des responsabilités des intervenants, le difficile partenariat entre les niveaux de services, le peu d'implication des parties prenantes, la stigmatisation et le défi de la vision commune ont été abordés.

Les attentes des usagers, les ressources disponibles de même que les différents enjeux ont su par la suite orienter les propositions d'actions vers un seul et même objectif : le rétablissement. En effet, de manière à intégrer les principes du rétablissement aux structures et aux services des ressources d'hébergement, il faut répondre aux défis de la vision commune ainsi qu'à celui du manque de ressources. L'aboutissement de cette analyse et de cette réflexion se résulte par deux propositions d'actions principales : l'élaboration d'un cadre de référence à partir des besoins des usagers et l'augmentation de la participation des usagers en favorisant sa responsabilisation. La présentation de deux projets innovateurs exemplaires a su, en plus d'illustrer la faisabilité de ces propositions, démontrer les effets bénéfiques de celles-ci.

Par ailleurs, en s'attardant aux valeurs véhiculées par ces deux orientations et aux types d'interventions favorisés, il est possible de constater la pertinence de la contribution des ergothérapeutes dans cette vague de changement. Effectivement, les compétences des ergothérapeutes permettent de favoriser le pouvoir d'agir des usagers et d'augmenter leur participation citoyenne.

En conclusion, il faut profiter de la réorganisation actuelle des services en santé mentale, guidée par le Plan d'action en Santé mentale 2005-2010 (MSSS, 2005), pour réaliser et implanter ces propositions d'actions. Pour le futur, il serait pertinent de mettre sur pied une procédure d'implantation des ressources d'hébergement, dans laquelle tous les différents acteurs (professionnels de la santé, gestionnaires, intervenants, usagers, familles et membres de la communauté) seraient non seulement consultés, mais aussi impliqués. De plus, des moyens de partager les projets innovateurs impliquant les ressources d'hébergement pourraient être organisés et coordonner de façon à ce que tous les partenaires puissent s'inspirer et s'entraider afin de cheminer vers une vision impliquant concrètement tous les principes du rétablissement.

Glossaire

Les notions qui suivent peuvent être perçues différemment selon les auteurs et le contexte dans lequel elles sont utilisées, ce qui explique la nécessité de les définir dans le cadre de ce travail.

1- Stabilité

Le terme stabilité réfère dans le présent travail à la stabilité au logement, qui se mesure par la durée de séjour dans les logements. La stabilité est toutefois complexe car elle est directement reliée à la flexibilité et à l'adaptation du logement aux besoins des résidents qui évoluent au cours du processus de rétablissement (Sylvestre et al., 2001).

2- Autonomie

L'autonomie fait référence à la notion d'indépendance fonctionnelle, soit la capacité de se prendre en charge et de gérer ses activités quotidiennes. Dans le contexte d'hébergement, il est important de distinguer le terme autonomie, c'est-à-dire se gouverner soi-même, du terme liberté, qui se définit plutôt par l'absence de contraintes imposées de l'extérieures (Clément, Bolduc, & Bizier, 2009).

3- Réadaptation

Comme mentionné précédemment, la réadaptation est un élément facilitateur du rétablissement. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la réadaptation comme un processus qui a pour but de permettre aux individus ayant des incapacités d'atteindre ou de maintenir un fonctionnement optimal au niveau physique, sensoriel, intellectuel, psychologique et/ou social (traduction libre de (WHO, 2009)). La réadaptation est donc essentiellement reliée au développement des habiletés fonctionnelles (Anthony, 1993) et a comme objectif principal « d'aider les gens à devenir ou à rester aussi autonomes que possible » (CIHR, 2007).

4- Services

Les services offerts par les ressources sont d'intensité variable : vérification, stimulation, contrôle, assistance, suppléance, apprentissage et/ou évaluation. La durée des services d'hébergement étant variable, plusieurs types de services sont offerts : les services à court terme répondent à un besoin ponctuel, les services à moyen terme offrent soutien et assistance pour favoriser la réintégration familiale ou sociale et les services à long termes assurent le maintien ou l'intégration de la personne dans un milieu de vie adapté (MSSS, 2001). Le soutien offert dans les ressources d'hébergement peut, entre autres choses, soutenir l'utilisateur dans l'atteinte de ses propres buts, l'encourager à en faire davantage par et pour lui-même et l'aider à relever les défis de la vie quotidienne (Sylvestre et al., 2001).

5- Empowerment

L'*empowerment* est un terme difficile à traduire en un mot car il s'agit d'un concept complexe. Il peut s'expliquer comme étant le « processus qui amène une personne à retrouver sa capacité et sa volonté d'agir efficacement » (Freese, 1993). Ce processus amène l'individu à se prendre en charge, à se responsabiliser, à prendre le contrôle sur sa vie. Ce concept est directement lié au pouvoir d'agir, qui constitue un des principes directeurs du Plan d'action ministériel en santé mentale et qui se définit par « la capacité des personnes souffrant d'un trouble mental de faire des choix et de participer activement aux décisions qui les concernent, et cela, en dépit de la présence chez elles de certains symptômes ou handicaps » (MSSS, 2005).

6- Intervenants

Dans le cadre de ce travail, le terme intervenant est utilisé pour désigner toutes les personnes qui offrent des services de soutien aux résidents. Dépendamment des types de ressources, il peut s'agir des responsables des ressources d'hébergement ou de personnes

externes à la ressource qui viennent pour offrir des services. Dans ce contexte, ce terme exclu les professionnels de la santé employés par les CSSS.

7- Professionnels de la santé

Le titre de professionnel de la santé, dans le cadre de ce travail, fait référence au personnel employé par les organismes prestataires de soins de santé, comme par exemple les ergothérapeutes.

8- Gestionnaire de cas

Un gestionnaire de cas, ou intervenant pivot, est une personne qui a un rôle clé dans le rétablissement d'un usager. Ayant une vue d'ensemble des services que reçoit l'usager, il a entre autre pour rôle de faire le pont entre celui-ci et les différentes personnes qui interviennent auprès de lui, afin de favoriser la communication entre les différents partenaires, ou les différents niveaux de services.

9- Projets de vie

Un projet de vie est en fait un objectif de vie décidé par l'usager. Il est significatif, concret et il lui permettra de reprendre ses rôles antérieurs ainsi que ses activités. Par exemple, il pourrait s'agir d'un retour au travail, d'un retour aux études ou d'un déménagement en appartement.

Références

- ACE. (1993). *Lignes directrices pour une pratique en santé mentale de l'ergothérapie centrée sur le client*.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- ASSS. (2009). La transformation des services en santé mentale, Les services résidentiels, La force des liens (pp. 13). Montréal: l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Boydell, K., Butteril, D., Cochrane, J., Durbin, J., Goering, P., Rogers, J., et al. (1997). Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale. Ottawa: Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.
- Briand, C., Lecomte, T., Vasiliadis, H. M., & Racine, H. (2009). Partenariat pour l'amélioration des services de réadaptation visant le rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie; Compte rendu des journées réseautage présenté aux partenaires. Montréal: Centre de recherche Fernand-Séguin.
- CIHR. (2007). *Sciences de la réadaptation - La qualité de vie par l'autonomie*. Récupéré le 7 octobre de <http://www.cihr.ca/f/11200.html>
- Clément, M., Bolduc, N., & Bizier, V. (2009). *Le point de vue des résidents sur les ressources non institutionnelles en santé mentale*. Québec: CSSS de la Vieille-Capitale.
- Côté, S. (2001). Santé mentale et toit. *Nouvelles pratiques sociales*, 14(2), 201-209.
- Curtis, L. C. (1993). Le choix des usagers : une priorité. *Le partenaire*, 2, no4, 6.
- Cyr, M., Hodgins, S., Gaston, L., & Viens, L. (1990). La vie au sein d'appartements surveillés pour patients psychiatriques chroniques. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 9(1), 23-34.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19 (3), 7.
- Dincin, J. (1993). Les résidences de groupe: un service important dans un éventail de choix. *Le partenaire*, 2, no4, 2-3.

- Eikelmann B. (2000). Limits of deinstitutionalization? Perspective of the specialty clinic. *Psychiatric Prax*, 27(Suppl 2), S39-S43.
- Fakhoury, W., & Priebe, S. (2002). The process of deinstitutionalization: An international overview. *Current Opinion in Psychiatry*, 15(2), 187-192.
- Fitzgerald, E., & Briand, C. (2009a). Initiative locale en hébergement : Les besoins des usagers...une priorité ! *Bulletin de L'Association québécoise de la réadaptation psychosociale (AQRP)*.
- Fitzgerald, E., & Briand, C. (2009b). Initiative locale: Contribution des utilisatrices de services au rétablissement en hébergement. *Bulletin de L'Association québécoise de la réadaptation psychosociale (AQRP)*.
- Fleury, M.-J., & Ouadahi, Y. (2002). Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement. *Santé mentale au Québec*, XXVII(2), 16-36.
- Fournier, L., & al., e. (1999). *Santé mentale, Portrait de la clientèle en milieux hospitaliers et résidentiels; Rapport synthèse*. Montréal: Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Freese, L. (1993). L'empowerment des usagers dans l'hébergement collectif. *Le partenaire*, 2, no4, 9-10.
- Friedrich, R. M., Hollingsworth, B., Hradek, E., Friedrich, H. B., & Culp, K. R. (1999). Family and client perspectives on alternative residential settings for persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 50(4), 509-514.
- Fuller-Thomson, E., Hulchanski, J. D., & Hwang, S. (2000). The housing/health relationship: what do we know? *Reviews on Environmental Health*, 15(1-2), 109-133.
- Groleau, M.-A., Garneau, G., Biron, N., Boucher, G., Vézina, C., & Morin, P. La qualité des services dans les ressources non institutionnelles en santé mentales: un défi à relever.
- Hatfield, A. (1993). La perspective de la famille. *Le partenaire*, 2, no4, 4.
- Integrated Rehabilitation Unit Planning Group. (2000). *Integrated Rehabilitation Unit Planning Group Report: Schizophrenia and Continuing Care Program*, Centre for Addiction and Mental Health.
- Isaac, M. (2007). Provision for the long-term discharged patient. *Psychiatry*, 6(8), 317-320.

- Leduc, A. (1989). Deux expériences de structures intermédiaires issues d'une institution traditionnelle: foyer de groupe et appartements supervisés. *Santé mentale au Québec*, *XIII*(1), 140-143.
- Lesage, A., & Morissette, R. (1989). Les ressources résidentielles nécessaires à la poursuite de la désinstitutionnalisation. *Santé mentale au Québec*, *XIV*(2), 60-68.
- Linney, J., Arns, P., Chinman, M., & Frank, J. (1995). Priorities in community residential care. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *19*, 27-34.
- Livingston, J., Srebnik, D., King, D., & Gordon, L. (1992). Approaches to providing housing and flexible supports for people with psychiatric disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*, 27-43.
- Massey, O. T., & Wu, L. (1993). Important characteristics of independent housing for people with mental illness: Perspectives of case managers and consumers. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *17*, 81-92.
- Mercier, C. (1986). Les appartements protégés: le point de vue des locataires. *Santé mentale au Québec*, *11*(2), 108-116.
- Mercier, C. (1989). Conditions de vie et lieu de résidence. *Santé mentale au Québec*, *XIV*(2), 158-171.
- Mogilnik, N. (1993). L'hébergement avec soutien: un appel à la diversité *Le partenaire*, *2*, no4, 7-8.
- Morin, P., Robert, D., & Dorvil, H. (2001). Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles. *Nouvelles pratiques sociales*, *14*(2), 88-105.
- MSSS. (2001). Ressources intermédiaires, Cadre de référence (pp. 80). Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2003). La pratique professionnelle et la ressource de type familial (pp. 89). Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- MSSS. (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010: La force des liens. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- MSSS, & SHQ. (2007). Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social: Ministère de la santé et des services sociaux et Société d'habitation du Québec.

- Nelson, G., Hall, G. B., & Forchuk, C. (2003). Current and preferred housing of psychiatric consumers/survivors. *Canadian Journal of Community Mental Health, 22*(1), 5-19.
- Nelson, G., Sylvestre, J., Aubry, T., George, L., & Trainor, J. (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 34*(2), 89-100.
- OEQ. (2008). *La profession*. Récupéré le 30 novembre de <http://www.oeq.org/profession/profession.fr.html>
- OEQ. (2009). L'ergothérapeute au sein des services de santé mentale en première ligne. Montréal: Ordre des ergothérapeutes du Québec.
- Pairs-Aidants Réseau. (2008). *Programme québécois Pairs-Aidants Réseau; L'intervention par les pairs...Un tandem d'espoir vers le rétablissement*. Récupéré le 1er décembre de <http://www.aqrp-sm.org/projets/pairs-aidants/index.html>
- Parkinson, S., Nelson, G., & Horgan, S. (1999). From housing to homes: a review of the literature on housing approaches for psychiatric consumer/survivors. *Canadian Journal of Community Mental Health, 18*(1), 145-164.
- Piat, M. (2004). Les foyers de groupe et le phénomène "pas dans ma cour", c'est arrivé près de chez nous. Étude pilote. *Santé mentale au Québec, XXIX*(1), 151-172.
- Piat, M., Ricard, N., & Lesage, A. (2006). Evaluating life in foster homes for persons with serious mental illness: Resident and caregiver perspectives. *Journal of Mental Health, 15*(2), 227-242.
- Piat, M., Ricard, N., Lesage, A., & Trottier, S. (2005). Le point de vue des responsables des ressources de type familial sur les transformations des services en santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec, XXX*(2), 209-231.
- Poirier, L.-R., Caulet, M., Fournier, L., Mercier, C., White, D., & Lesage, A. (2001). Évaluation de l'efficacité du réseau de services offerts aux personnes ayant des problèmes de santé mentale graves vivant dans la communauté: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Rabkin, J. G., Muhlin, G., & Cohen, P. W. (1984). What the neighbors think: community attitudes toward local psychiatric facilities. *Community Mental Health Journal, 20*(4), 304-312.

- RAPSIM. (2008). Le logement autonome avec soutien...quels logements et quel soutien? Dans Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal (Éd.). Montréal.
- Rodriguez, L., Bourgeois, L., Landry, Y., Guay, L., & Pinard, J.-L. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté, changer de perspective*. Québec.
- Rog, D. J. (2004). The evidence on supported housing. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 334-344.
- Rogers, E. S., Danley, K. S., Anthony, W. A., Martin, R., & Walsh, D. (1994). The residential needs and preferences of persons with serious mental illness: a comparison of consumers and family members. *Journal of Mental Health Administration*, 21(1), 42-51.
- Srebnik, D., Livingston, J., Gordon, L., & King, D. (1995). Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal*, 31(2), 139-152.
- Sylvestre, J., Trainor, J., Hopkins, M., Anucha, U., Ilves, P., & Ramsundar, N. (2001). À propos de la stabilité du logement chez les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. *Nouvelles pratiques sociales*, 14(2), 59-74.
- Tanzman, B. (1993). An Overview of Mental Health Consumers' Preferences for Housing and Support Services. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (5), 450-455.
- Thibodeau-Gervais, S., Latulippe, D., & Vincent, C. (1994). Réinsertion sociale: programme d'action pour permettre aux patients psychiatriques d'acquérir des habiletés fonctionnelles et relationnelles. *Santé mentale au Québec*, XIX, 1, 145-156.
- Vallée, C. (2007). *Développement professionnel et rétablissement des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves*. Université de Montréal.
- White, D., & Mercier, C. (1989). Ressources alternatives et structures intermédiaires dans le contexte québécois. *Santé mentale au Québec*, XIV(1), 69-80.
- WHO. (2009). *Medical Care and Rehabilitation*. Récupéré le 7 octobre de <http://www.who.int/disabilities/care/en/>
- Wong, Y. L. I., Filoromo, M., & Tennille, J. (2007). From principles to practice: A study of implementation of supported housing for psychiatric consumers. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34(1), 13-28.

Yeich, S., Mowbray, C. T., Bybee, D., & Cohen, E. (1994). The cas for a "supported housing" approach: A study of consumer housing and support preferences. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 18*, 75-86.